

Theoretischer Teil

1 Die Justizvollzugsanstalt als totale Institution und die Gesundheit der Bediensteten

1.1 Merkmale totaler Institutionen

Goffman (1961) unterscheidet zwischen fünf Gruppen von totalen Institutionen: Anstalten zur Fürsorge für harmlose Menschen (z. B. Altersheime), Einrichtungen mit Patienten, die ansteckende Krankheiten haben (z. B. TBC-Sanatorien), Institutionen, deren Überzeugung und Ziel es ist, arbeitsähnliche Aufgaben im Verband und auf begrenztem Raum besser durchführen zu können (z. B. Kasernen, Schiffe, Internate), religiöse Einrichtungen, die mitunter auch als Zuflucht vor der Welt dienen (Klöster, Abteien, Konvente) sowie Institutionen, die dem Schutz der Gemeinschaft vor gefährlichen Mitmenschen dienen (z. B. Zuchthäuser bzw. Gefängnisse¹). Hierzu zählt er auch Kriegsgefangenenlager und Konzentrationslager.

Wesentliches Merkmal totaler Institutionen ist die Konzentration von menschlichen Lebensbereichen gemäß eines rationalen (ökonomischen) Plans. Während sich für gewöhnlich die Wohn-/Schlafstätte, die Freizeit- und die Arbeitsstätte nicht am selben Ort befinden, sind in der ‚totalen Institution‘ sämtliche Bereiche menschlichen Lebens unter einem Dach vereinigt.

Alle Angehörigen solcher Institutionen arbeiten und leben, insbesondere im Falle von Klöstern und Gefängnissen, in unmittelbarer Gesellschaft von vielen Schicksalsgenossen. Die Tages- und Arbeitsabläufe sind exakt geplant. Es gibt keinen Leerlauf, alle Abläufe gehen entlang einer Zeitschiene nahtlos ineinander über. Dabei werden die oftmals erzwungenen Tätigkeiten „in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen“ (a. a. O.: 17). Den Angehörigen einer totalen Institution wird eine strenge Ordnung aufgezungen, die systematisch überwacht und ggf. mittels Sanktionen durchgesetzt wird. Dieser letzte Aspekt bezieht sich insbesondere auf die ‚Insassen‘ totaler Institutionen, für die eben eine strikte Unterscheidung in Insassen und Aufsichtspersonal grundlegend ist:

Die Handhabung einer Reihe von menschlichen Bedürfnissen durch die bürokratische Organisation ganzer Gruppen von Menschen – gleichgültig, ob dies ein not-

¹ Spätestens seit Einführung eines bundeseinheitlichen Strafvollzugsgesetzes 1977 gibt es den Begriff ‚Zuchthaus‘ und auch die entsprechenden institutionellen Voraussetzungen nicht mehr. Der Begriff ‚Gefängnis‘ ist im offiziellen Sprachgebrauch durch ‚Justizvollzugsanstalt‘ ersetzt worden, wobei der Wortteil ‚anstalt‘ die Absicht des Strafvollzugsgesetzes verdeutlichen soll, dass es in diesen Institutionen in erster Linie nicht darum geht, Straffällige unter dem Aspekt der Buße zu verwahren, sondern mit dem Ziel der Resozialisierung zu behandeln.

wendiges oder effektives Mittel der sozialen Organisation unter den jeweiligen Bedingungen ist oder nicht – ist das zentrale Faktum totaler Institutionen [...]. In totalen Institutionen besteht eine fundamentale Trennung zwischen einer großen, gemanagten Gruppe, treffend „Insassen“ genannt auf der einen Seite, und dem weniger zahlreichen Aufsichtspersonal auf der anderen. Für den Insassen gilt, daß er in der Institution lebt und beschränkten Kontakt mit der Außenwelt hat. Das Personal arbeitet häufig auf der Basis des 8-Studentags und ist sozial in die Außenwelt integriert (a. a. O.: 18).

Ein weiteres Merkmal totaler Institutionen ist für Goffman (1961) die autoritäre Kollusion: Personen werden verwahrt, denen die Fähigkeit abgesprochen wird, selbst für sich zu sorgen und von denen angenommen wird, dass es für sie selbst bzw. für die Gesellschaft gefährlich sei, wenn sie nicht unter Verschluss gehalten und reglementiert werden. Aus ihrem Selbstverständnis heraus regelt die Institution zwangsläufig das Leben der Insassen, damit letztendlich aber auch das (Arbeits-)Leben des Personals bis ins Detail. So müssen sich nicht nur die Insassen, sondern auch das Personal einem umfangreichen und starren Regelwerk unterwerfen, wobei das Personal einerseits die Aufgabe hat, die Klientel zu kontrollieren, andererseits aber auch, ihr Betreuer und Helfer zu sein.

Weitere wichtige Aspekte sind Macht und Hierarchie in der totalen Institution Gefängnis. Nicht selten ist die Subkultur der Gefangenen nach einem informellen Machtsystem gegliedert, das sich an den Deliktarten der Insassen orientiert. Auf der untersten Stufe stehen Sexualstraftäter, ganz oben Tätergruppen wie Betrüger oder Wirtschaftskriminelle. In diesem Gefüge kann es auch zu Gruppen- und Bandenbildungen kommen, die durchaus in der Lage sind, Mitgefangene in unterschiedlichster Weise zu beeinflussen, z. B. durch Unterdrückung, Schikane, Erpressung, Gewaltandrohung und Gewaltanwendung.² Insofern wird die totale Institution primär von Spannungen und Machtkämpfen zwischen den Insassen, aber auch zwischen Insassen und Personal bestimmt.³ Mitunter gelingt es den Häftlingen aber auch, Teile des Per-

² Als aktuelles Beispiel in diesem Zusammenhang wird auf die problematische Gruppe russlanddeutscher Häftlinge innerhalb des bundesdeutschen Strafvollzug hingewiesen. Ihre bandenartige Organisation beruht auf Zwangsmitgliedschaft, Unterordnung in einer strengen Hierarchie, Pflichtteilnahme an der Versorgung bedürftiger Landsleute und bedingungsloser Akzeptanz des gruppeninternen strengen Repressaliensystems. Diese verfestigte Subkultur innerhalb der Gefangenenpopulation schottet sich gegenüber Hilfs- und Resozialisierungsangeboten weitgehend ab, das Gefängnispersonal wird als feindlich korrupt und käuflich angesehen (vgl. Otto et al. 2001).

³ Zum Stichwort Macht im Gefängnis wird auf den Roman *Black Box* (Giordano 1999) und den darauf basierenden Kinofilm *Das Experiment* (Hirschbiegel 2000) hingewiesen. Es geht in beiden um einen Universitätsversuch des Sozialpsychologen Zimbardo (1971), der in Anlehnung an Milgrams Experiment „Zur Gehorsamsbereitschaft gegenüber Autoritäten“ (1969) am Beispiel eines simulierten Ge-

sonals für sich einzunehmen, um Vergünstigungen zu erlangen (ab und zu berichten die Medien über ‚Knastskandale‘, deren Anlass engste Kumpaneien zwischen Gefangenen und Aufsichtspersonal wie z. B. das Einbringen von Drogen, Geld, Waffen oder Handys in die JVA durch Bedienstete waren).

Zugleich gibt es innerhalb der Personalthierarchie Spannungen, da sich das Personal innerhalb einer systematischen Hierarchie von oben nach unten selbst kontrolliert. Nicht selten ist von Mitarbeitern totaler Institutionen, besonders von Landeskrankenhäusern, Psychiatrien und Gefängnissen, zu vernehmen, dass sich das Personal den ganzen Tag mit sich selbst beschäftigt, d. h. vor allem mit der Kontrolle des ‚Mitpersonals‘. Tagesabläufe seien durchsetzt mit Streitereien, Zuständigkeitskonflikten, Positions- und Machtkämpfen. Arbeitsstrukturen sind geprägt von Überbürokratisierung, Unflexibilität und Kooperationsunwilligkeit.

Diese Bedingungen schränken die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben und der ohnehin nicht zahlreichen Ziele der Institution ein. So charakterisiert Bosetzky (1998) Helfer-Institutionen als in ihrer Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt, weil sie von Bürokratie überwuchert sind. Die verminderte Effizienz fällt allerdings nicht besonders auf, weil die Leistungsfähigkeit von totalen Institutionen, insbesondere hinsichtlich Betreuungsverläufen z. B. in Gefängnissen, nur selten durch moderne Controlling-Maßnahmen evaluiert wird.

1.2 Die totale Institution Gefängnis

Gefängnisse bzw. Justizvollzugsanstalten (JVA) sind Musterbeispiele für totale Institutionen. Sie sind hierarchisch strukturierte Organisationen und werden organisationssoziologisch den Modellen der geschlossenen Systeme zugeordnet (Türk 1978). Für Wagner (1986) ist ein Gefängnis „das absurde System“, Eisenhardt (1978) nennt Gefängnisse „eine Welt für sich“.

Gefängnisse erfüllen alle Kriterien einer totalen Institution, wie Goffman (1961) sie definiert: Sie haben die soziale Funktion eines Aufbewahrungsortes für delinquente Mitglieder der Gesellschaft. Nach innen ist ihr Ziel die Besserung der Insassen im Sinne der vorherrschenden Normen; nach außen dienen sie dem Schutz der

fängnisses im Keller einer Universität das Verhalten einer Probandengruppe beobachten wollte, die nach dem Zufallsprinzip in ‚Inhaftierte‘ und in ‚Aufsichtspersonal‘ eingeteilt wurde. Das Experiment verdeutlicht die Mechanismen und brutalen Machtstrukturen einer ‚Zwangsgemeinschaft‘, die sich bereits nach kurzer Zeit in Gefangene und Personal extrem polarisiert. Auf die Schikanen des ‚Personals‘ reagierten die ‚Inhaftierten‘ mit Verweigerung und Gegengewalt. Eine Eskalation der Gewalt war die Folge, so dass dieses Experiment vorzeitig abgebrochen werden musste (s. Neubacher et al. 2002).

Allgemeinheit vor Straftaten bzw. den einsitzenden Delinquenten. Lebensbereiche wie Arbeit, Wohnen und Freizeit sind für die Insassen nicht getrennt, sondern werden den Insassen strukturiert und durch die Anstaltsvorschriften vorgegeben. Das Regelwerk ist eng und lässt kaum individuelle Freiräume. Die Klientel hat sich diesen Regeln anzupassen oder wird mit Sanktionen belegt. Damit einher geht der Verlust der eigenen Identität zugunsten einer Identität, die der (totalen) Organisation angepasst ist.

1.2.1 Bürokratische Personalorganisation in der totalen Institution

Gefängnis

Die Organisation einer deutschen Justizvollzugsanstalt ist die einer Behörde mit typischen bürokratischen Strukturen, die sich häufig noch weitgehend an der Führungslehre Webers (1922) orientiert: Wie eine Behörde ist sie durch einen kontinuierlichen und regelgebundenen Betrieb ihrer Amtsgeschäfte, die über die verschiedenen Kompetenzebenen abgewickelt werden, gekennzeichnet, durch die Verteilung von Leistungserwartung und Leistungspflichten, durch eine klare Zuordnung von notwendigen Befehlsgewalten und zulässigen Zwangsmitteln (Disziplinarordnung) sowie der (bürokratischen) Regelung ihrer Anwendung. Hinzu kommt das Prinzip der Amtshierarchie, die eine Ordnung fester Kontroll- und Aufsichtskriterien impliziert, z. B. das Recht der Berufung oder Beschwerde von den nachgeordneten an die vorgesetzten Stellen (Weber 1922: 125f). Das Verhältnis vom Vorgesetzten zum ‚Untergebenen‘, vom Abteilungsleiter zum Sachbearbeiter wird durch ein einseitiges Machtgefälle vom Anweisenden zum Ausführenden, vom wissenden Befehlenden zum unwissenden Befehlsempfänger charakterisiert (Bosetzky 1998).

Das Personal besteht zum überwiegenden Teil aus Beamten im mittleren, gehobenen und höheren Dienst. Konstitutiv für ihre berufliche Tätigkeit sind die Sachlichkeit und Unpersönlichkeit des Handelns, die Anstellung durch Vertrag aufgrund von Fachqualifikation, die feste Alimentierung, die Hauptberuflichkeit der Tätigkeit im Amt mit einer Laufbahn, die Verbeamtung auf Lebenszeit sowie die einheitliche Amtdisziplin und Kontrolle. Die Bewertung des Handelns orientiert sich nicht am persönlichen Engagement und Mitwirkungsinteresse des Einzelnen. Seine Wünsche finden keine Berücksichtigung, da institutionelle Entscheidungen sich nach dem Auftrag und den Zielen der Gesamtorganisation richten und nicht nach den Ansprüchen einzelner Personen (vgl. Weber 1922, Pfeifer 1976, Bögemann 1994, Kieser 2001). Dieses Prinzip gilt nicht nur für die (uniformierten) Angehörigen des Allgemeinen Vollzugsdienstes, sondern für alle Berufsgruppen, somit auch für die Fach-

dienste wie Psychologen und Sozialarbeiter, die sich aus ihrem Berufsverständnis heraus mit solchen bürokratischen Strukturen nur bedingt identifizieren können.

Für Türk (1976) sind Gefängnisse überkomplizierte und überbürokratisierte Institutionen, die Tendenzen zur Übersteuerung und Überstabilisierung zeigen. Im Hang zur übermäßigen Reglementierung von Handlungsabläufen durch perfekte Bürokraten erkennt er pathogene Grundmuster: „Überkomplizierung liegt vor, wenn die Organisation so komplex, vieldeutig und in sich widersprüchlich geworden ist, dass ihre Mitglieder überfordert sind, wenn sie begreifen wollen, was und wo aus welchen Gründen geschieht.“ (a. a. O.: 58) Goffmann (1961: 94) beschreibt sehr treffend, worin diese Widersprüchlichkeit u. a. liegt:

Angehörige des Personals, die im dauernden Kontakt mit den Insassen stehen, können den Eindruck gewinnen, dass auch ihnen eine widersprüchliche Aufgabe gestellt ist, da sie von den Insassen Gehorsam erzwingen müssen, während sie gleichzeitig den Anschein erwecken sollen, dass menschliche Normen aufrechterhalten und rationale Ziele der Institution verwirklicht werden.

Übersteuerung ist andererseits dann gegeben, wenn eine Organisation so einfach strukturiert ist, dass ihre Mitglieder unterfordert werden. Dabei bedingen sich Überkomplizierung und Übersteuerung häufig gegenseitig. Bosetzky (1989) zufolge tragen drei Faktoren in den Handlungsabläufen einer Organisation zur Übersteuerung bei:

- Einfältigkeit oder strukturelle Simplizität (übermäßige Aufgabendifferenzierung und Standardisierung, ÜberROUTINIERUNG und Reizarmut),
- Beschränktheit oder strukturelle Rigidität (geringe Handlungs- und Entscheidungsspielräume, fast hundertprozentige Festlegung der Art und Weise, wie Anweisungen umgesetzt werden sollen),
- Unterdrückung oder strukturelle Repressivität (Beschneidung und Eingrenzung von persönlichen Handlungsmöglichkeiten, Emotionalität und Subjektivität werden als Störfaktoren betrachtet und durch die Organisation unterdrückt: ausgeprägter Sachlichkeitsanspruch).

Überstabilisierung ist dann gegeben, wenn Mitarbeiter einer Organisation sich weniger als Menschen, sondern sich überwiegend als Beamte sehen und Normen und Regelungen gleichsam zu Faktoren werden, denen absolute Priorität eingeräumt wird (a. a. O.: 122–145).

Überkomplizierung, Übersteuerung und Überstabilisierung sind drei sichere Anzeichen einer perfektionierten und übersteigerten Bürokratie; wir können natürlich

auch sagen, dass sie es sind, die eine perfekte Bürokratie ausmachen. (Bosetzky 1989: 59)

Im folgenden Abschnitt werden Hinweise darauf zitiert, dass diese bürokratischen Strukturen möglicherweise das Wohlbefinden und die Gesundheit des Personals negativ beeinflussen. Insofern besteht nicht nur für die Insassen die Gefahr, gesundheitlichen Schaden zu nehmen, sondern auch für das Personal.

1.2.2 *Die krank machende Institution Gefängnis?*

Totale Institutionen sind nicht nur Aufbewahrungs-, Drill-, Rückzugs- oder Haftstätten, die bei ihren Angehörigen, Patienten oder Insassen spezifische Beschwerde- und Verhaltensmuster erzeugen⁴, sondern auch Arbeitsstelle für zahlreiche Bedienstete, die ebenfalls durch die Institution geprägt werden und besondere Krankheitsmuster z. B. durch inneren Rückzug und die Fixierung auf Einhaltung der aktuellen Vorschriften entwickeln: „Möglichst nicht negativ auffallen“ kann dann die Maxime beruflichen Handelns sein. Aus Gesprächen mit Bediensteten geht hervor, dass bei Teilen des Personals in Gefängnissen durchaus der Eindruck besteht, dieser Institution auch als Arbeitnehmer ‚total ausgeliefert‘ zu sein.

Daher kann eine Aussage Goffmanns (1961) auch für die Situation des Personals herangezogen werden: „Die zentrale These ist, daß der wichtigste Faktor, der einen Patienten prägt, nicht seine Krankheit ist, sondern die Institution, der er ausgeliefert ist; seine Reaktionen und Anpassungsleistungen gleichen denen der Insassen anderer totaler Institutionen, mit deren Hilfe sich die Gesellschaft funktionsfähig erhält.“ (Goffmann 1961: 1)

Daher war es sinnvoll, nach möglichen gesundheitlichen Auswirkungen auf das Personal zu fragen, die mit der Arbeit in der totalen Institution Gefängnis verbunden sind. Arbeit im Gefängnis scheint die Körper und die Seelen des Personals an vielen Stellen zu kränken (Bögemann 1999). Das lässt sich am ausgeprägten Morbiditätsgeschehen in Gefängnissen gut nachvollziehen.

⁴ Vgl. z. B. hierzu: Stöver 2000, *Healthy Prisons: Strategien der Gesundheitsförderung im Justizvollzug*, Brühl 1981, *Die Rechte der Verurteilten und Strafgefangenen*. Berufsgruppenübergreifend ist insbesondere die Fachpublikation *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*. Sie erscheint alle zwei Monate und wird von der Gesellschaft für die Fortbildung der Strafvollzugsbediensteten e. V. in Wiesbaden herausgegeben. Autoren aus den unterschiedlichsten Bereichen des deutschen Strafvollzugs nehmen hier Stellung zur aktuellen Situation und zu Fragen des Justizvollzugs sowie zu spezifischen Gefangeneproblematiken.

1.3 Bisheriger Forschungsstand

Der Zusammenhang zwischen den Arbeitsbedingungen in der totalen Institution Gefängnis und deren Auswirkungen auf die Gesundheit des Personals ist weder als kriminologischer Forschungsschwerpunkt noch von den Sozialwissenschaften nachhaltig thematisiert worden. Die meisten Arbeiten kommen zudem aus den angelsächsischen Ländern (UK und USA). Deren Ergebnisse lassen sich aber nur bedingt auf die deutschen Verhältnisse übertragen, da das deutsche und die angelsächsischen Strafvollzugssysteme unterschiedliche Aufträge haben (Betreuung, Behandlung, Resozialisierung vs. Strafe, Sühne, Buße).

Mit der Vernachlässigung der Erforschung der gesundheitlichen Situation des Personals von Justizvollzugsanstalten in Deutschland sind auch Probleme, die zum Teil erhebliche Auswirkungen auf das System Strafvollzug haben, unbeachtet geblieben. So deuten beispielsweise Untersuchungen vor allem aus den angelsächsischen Ländern auf ein Paradoxon hin: Es sind nicht primär die Belastungen aus der Arbeit mit den Inhaftierten, die eine hohe Unzufriedenheit und psychosoziale Belastungen bei den Bediensteten hervorrufen, sondern vor allem die organisatorischen und klimatischen Bedingungen zwischen Vorgesetzten und Bediensteten (Whitehead 1986, Augestad & Levander 1992, Hughes & Zamble 1993, Dolde 1990, 1999, Bögemann 1994, 1997).

1.3.1 *Belastende Faktoren im Strafvollzug*

Insgesamt lassen sich aus den bisher vorliegenden Untersuchungen verschiedene Problemfelder skizzieren, aus denen unterschiedliche Belastungen für das Gefängnispersonal erwachsen. Dabei dürfen die Belastungen nicht als isolierte Probleme eines einzelnen Bediensteten, sondern müssen als Resultat des Zusammenwirkens unterschiedlicher Stressoren betrachtet werden, die den Arbeitsbereich Gefängnis prägen:

Rollenidentität: Es ist für Bedienstete im Justizvollzug schwierig, eine intakte Rollenidentität aufzubauen, weil es eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem Anspruch an ihre Berufsrolle, den Resozialisierungsprozess zu begleiten, und der Realität in den Anstalten, wo sie auf Versorgungs- und Bewachungsaufgaben beschränkt sind, gibt (Däumling 1970, Possehl 1970). Zudem unterliegt das Berufsbild des Strafvollzugsbediensteten einem starken Wandlungsprozess, auf dessen Dynamiken und Resultate die Bediensteten nicht rechtzeitig und ausreichend vorbereitet wurden und die besonders für die älteren unter ihnen Belastungen mit sich bringen (Böhm 1992).

Selbst- und Fremdwahrnehmung: Bei der Auseinandersetzung mit der Selbst- und Fremdwahrnehmung von Strafvollzugsbediensteten und ihren Rollenerwartungen zeigten sich erhebliche Diskrepanzen zwischen dem Anspruch an ihre Berufsrolle, als Helfer die Gefangenen bei der Resozialisierung zu unterstützen, und ihrer Wahrnehmung und mangelnden Anerkennung durch die Öffentlichkeit, in der sie das Image von ‚Schließern‘ haben. Dieses Image hat auch Einfluss auf die Berufsrollenidentität des Bediensteten, es kommt zu Rollenkonfusionen (Molitor 1989). Geringes und teilweise schlechtes Ansehen des Justizvollzugs in der Öffentlichkeit sind mitunter auch für Arbeitsunzufriedenheit und eine geringe Identifikation mit der Tätigkeit im Vollzug verantwortlich (Dolde 1995, Grossi & Berg 1991).

Arbeitszufriedenheit: Im Vergleich zu anderen (betreuenden und verwahrenden) sozialen Berufen äußern Bedienstete des Justizvollzugs häufiger negative Einstellungen gegenüber ihrem Beruf (Schaufeli, und Peters, 2000, Cullen et al. 1990). Insbesondere die starke Reglementierung der Arbeit durch Vorschriften wird als belastend empfunden. Der uniformierte Teil des Personals (in Deutschland der Allgemeine Vollzugsdienst) sieht sich häufig durch die Reduzierung auf Versorgungs- und Bewachungsaufgaben als unterfordert an (Wright, 1993). Darüber hinaus beeinträchtigen schlechtes Betriebsklima (mangelnde Kameradschaft und Hilfsbereitschaft) und unzulängliche Organisationsstrukturen die Arbeitszufriedenheit und lösen Stress aus (Fuchs, S. 1993). Die Arbeitszufriedenheit nimmt zu, sobald den Bediensteten mehr Mitspracherecht, Selbständigkeit und Einfluss bei dienstlichen Arbeits- und Betreuungsaufgaben eingeräumt werden (Slade u. Vogel 1997, Hepburn 1987, Whitehead u. Lindquist 1986, Rosner 1983, Dolde 1995).

Kommunikation: Die alltägliche Kommunikation, insbesondere zwischen den verschiedenen Hierarchieebenen, wird von vielen Bediensteten als gestört und damit als belastend erlebt. Daher können Kommunikationsstörungen als verbreiteter Stressor im Strafvollzug angesehen werden. Professionelle Unterstützung des Personals, z. B. durch Supervisionsmaßnahmen, fördert die Kommunikationskompetenz und damit auch die Kommunikation selbst. Darüber hinaus kann sie Entlastung bei Ängsten, im Umgang mit schwierigen Gefangenen, bei Konfusion der beruflichen Rolle und dem Zurechtkommen mit starren hierarchischen Strukturen bringen. Insgesamt ist die Versorgung mit solchen unterstützenden Maßnahmen aber unzureichend (Langer u. Zuber 1998, Burgheim u. Ostheimer 1994).

Burnout: Die Konzentration und das Zusammenwirken verschiedener Stressoren in Gefängnissen bewirken, dass Bedienstete zunehmend Burnout-Symptome entwickeln, die sich durch reduzierte Leistungsfähigkeit und Depersonalisierung kennzeichnen. Bei den helfenden Berufen ist Burnout allgemein ein Problem (Maslach 1993, Schaufeli et al. 1993, Enzmann et al. 1989, 1990), ganz besonders aber bei

Gefängnispersonal. Schaufeli (1993) fragt gar: „Burnout – the New Pathology among Correctional Officers?“ Vieles deutet darauf hin, dass die Arbeit des Gefängnispersonals ein erhöhtes Burnout-Risiko impliziert, da diese Form des helfenden Berufs im Vergleich zu anderen psychosozialen Berufsfeldern einer extrem starken Spannung zwischen Hilfe und Kontrolle ausgesetzt ist (Wagner 1993). Ein Hinweis darauf ist die steigende Zahl von Frühpensionierungen von Gefängnisbediensteten wegen psychischer Beschwerden. Bei Vollzugsbeamtinnen sind es 58 %, bei Vollzugsbeamten 38 % der Pensionierungen, die nach der Diagnose psychischer Indikatoren durchgeführt werden (vgl. E&W 4/2002: 20f). Doch gibt es in Deutschland bislang keine berufsfeldbezogene Burnout-Forschung für den Justizvollzug. Bisherige Erkenntnisse beziehen sich auf Gefängnispersonal in den USA. Hier wird eine hohe Risikodichte beschrieben (Huckabee 1992). Viele amerikanische Gefängnisbedienstete sind zynisch, skeptisch und pessimistisch, ihre Arbeit empfinden sie als unbefriedigend und sinnlos (Philliber 1987).

Der wichtigste Faktor für die Ausbildung eines Burnout-Syndroms ist der Umgang mit den Insassen, der häufig mit Misserfolgen und mitunter auch Gewalterlebnissen einhergeht (Gerstein, Topp, Correll 1987). Aber auch Arbeitsüberlastungen, Rollenprobleme, stressende Kontakte mit Gefangenen, Kollegen und Vorgesetzten und schlechter sozialer Status fördern die Entwicklung eines Burnout-Syndroms. Weiterhin haben Faktoren wie geringer Einfluss und mangelnde Beteiligung an Entscheidungsprozessen, unangemessene Bezahlung und Unterforderung in der Berufsrolle negative Auswirkungen (Shamir, Drory 1981). Insgesamt sind die Belastungen aufgrund institutioneller Defizite, der „administrative practices“, schwerwiegender als die durch den Gefangenenkontakt (Whitehead 1989).

1.3.2 Berufliche Situation und Gesundheitszustand

Zur Problematik der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention für Gefängnispersonal in der BRD gibt es keine umfassende Untersuchung. In Skandinavien haben sich Härenstam (1988) und Kalimo (1980) mit der gesundheitlichen Situation von Strafvollzugsbediensteten auseinander gesetzt. Ihre Studien lassen sich noch am ehesten auf die Rahmenbedingungen in deutschen Gefängnissen beziehen, denn auch in den skandinavischen Ländern haben die Behandlung und Resozialisierung des Strafgefangenen (und damit die betreuenden Aufgaben des Personals) einen hohen Stellenwert innerhalb des Strafvollzugssystems.

Härenstam (1988) befragte 2063 Bedienstete (von insgesamt 5246 Bediensteten) in 67 schwedischen Gefängnissen. Er fragte danach, wie die Bediensteten die Arbeitsbedingungen, Stress und ihren Gesundheitszustand einschätzten. Außerdem

wurden mit einer Beschwerdeskala 23 verschiedene Symptome abgefragt und die physische Gesundheit der Bediensteten anhand von Plasma Cortisol, Blutlipiden und gamma GT untersucht. Auch die Besonderheiten der Gefängnisse wie Insassen, Strafmaß, Anteil von Drogenabhängigen, Größe, Bedienstetenzahl, Krankheitsfälle wurden erfasst.

Verschiedene Zusammenhänge wurden festgestellt: Geringe Arbeitszufriedenheit ging mit vielen Krankentagen einher (31 Tage pro Jahr gegenüber durchschnittlich 19,6 Tage im Jahr bei größerer Arbeitszufriedenheit). Bei einer hohen Anzahl drogenabhängiger Gefangener stieg der Krankenstand, bei älteren Gefängnisbediensteten waren Fehltag wegen Krankheit häufiger zu beobachten als bei derselben Altersgruppe in anderen Berufen. Ein schlechtes Betriebsklima hatte Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit und damit auf die Zahl der Krankentage. Insgesamt hatten Gefängnisbedienstete im Vergleich zu anderen Berufsgruppen einen signifikant höheren Cortisol-Level, der auf ein intensives Stressgeschehen schließen ließ. Zudem waren Herzkrankheiten, Diabetes, Asthma bzw. Bronchitis und Bluthochdruck signifikant stark ausgeprägt. Die Arbeitszufriedenheit war umso höher, je größer die Unterstützung und die Wertschätzung der Arbeit durch Vorgesetzte und der Grad von Mitbestimmung waren. Das Arbeitsklima wurde sowohl durch die Unterstützung des Personals durch Vorgesetzte sowie durch partizipative Konsensprozesse innerhalb des Personals z. B. bei der Vereinbarung von Arbeitszielen, Arbeitsmethoden und der gemeinsamen Planung und Organisation nachhaltig positiv beeinflusst.

Schon früher als Härenstam et al. (1988) hatte sich Kalimo (1980) im Rahmen seiner Studie *Stress in a work – Conceptual analyses and a study on prison personel* mit der Situation von Strafvollzugsbediensteten auseinander gesetzt. Seine Studie beschäftigt sich mit Stressoren und der gesundheitlichen Situation von 700 Bediensteten in 19 verschiedenen Gefängnissen in Finnland von 1975 bis Ende 1976. Das Untersuchungsverfahren gliederte sich in einen „Work and Stress“-Fragebogen, einen Gesundheitsfragebogen und eine medizinische Untersuchung (*check up*). Bereits damals kam Kalimo (1980) zu Ergebnissen, wie sie Härenstam et al. (1988) in ihrer späteren Untersuchung ähnlich formulieren sollten. Demnach besteht eine Korrelation zwischen Arbeitszufriedenheit und Stressreaktion. Folgende Faktoren erhöhen das Stressrisiko:

1. Die Stellung und der Arbeitsauftrag des Bediensteten, d. h. enger andauernder Kontakt mit Gefangenen und Bestrafungsfunktionen (andersherum bergen weniger enger Kontakt zu den Gefangenen und Aufgaben bei der Rehabilitierung sowie abgekoppelte Verwaltungsarbeit ein geringeres Risiko);
2. Dienstzeiten, Dienstplanregelung, Schichtdienste, Nachtdienste;

3. bestimmte Eigenschaften des Gefängnisses, z. B. große und überbelegte Gefängnisse mit hohem Sicherheitsgrad;
4. Mangel an Anforderung, Unterforderung, Leerlauf im Dienstablauf;
5. Überforderung in Verbindung mit Unsicherheit, Erledigung vieler Aufgaben innerhalb kurzer Zeit bei ungenügender Tätigkeitseinweisung;
6. Konflikte zwischen Berufsrolle und Arbeitsmotivation, fehlende Anerkennung und Wertschätzung;
7. Arbeitsklima, Hierarchie und Konflikte mit der Anstaltsleitung.

Maßgeblichen Einfluss auf die Wirkung von Stressoren am Arbeitsplatz haben neben persönlichen Faktoren wie Veranlagung (Self-concept) und Entwicklung von ‚Coping-Strategien‘ besonders soziale Unterstützungssysteme (social network; Kalimo 1980: 62ff, Bögemann 1994: 12f).

1.3.3 Untersuchung zur Gesundheitsbelastung in einer deutschen JVA

Die Arbeit *Gesundheitsförderung mit Bediensteten des Allgemeinen Vollzugsdienstes. Vorbereitende empirische Erhebungen in einer offenen Justizvollzugsanstalt und Konzeptentwicklung* (Bögemann 1994) orientierte sich an der Arbeit von Kalimo (1980). Sie befasste sich als erste Untersuchung schwerpunktmäßig mit Zusammenhängen zwischen individuellem Gesundheitszustand und Belastungen am Arbeitsplatz im deutschen Justizvollzug. Dadurch unterschied sie sich auch von anderen Untersuchungen, deren Fokus beispielsweise stärker auf der Organisations- und Personalentwicklung lag (z. B. Dolde 1990, 2001). Diese Arbeit analysierte nicht nur potenzielle Zusammenhänge zwischen Gesundheitszustand und Belastungen am Arbeitsplatz, sondern entwickelte zugleich Strategien und Modelle zur Entlastung der Bediensteten, mit dem Ziel, sie im Praxisfeld Gefängnis zu erproben. Damit war diese Untersuchung ein erster Schritt, um die betriebliche Gesundheitsförderung in die geschlossene und streng hierarchisch gegliederte Arbeitswelt Gefängnis einzuführen.

Die Arbeit basierte auf einer quantitativen stichprobenartigen Untersuchung, in der 1993 von 5781 Bediensteten des AVD in NRW 230 mit einem standardisierten Fragebogen befragt wurden (153 Bögen, 66,2 % konnten ausgewertet werden) und die insbesondere die Empfindungen und Bedürfnisse der einzelnen Bediensteten zum Thema hatte. Gefragt wurde nach dem Gesundheitszustand, der persönlichen Belastungssituation und nach der Bereitschaft, Einfluss auf den Gesundheitszustand zu nehmen.

In der Untersuchung wurden sechs Skalen zur Erhebung von Stressquellen verwendet:

1. tätigkeitsspezifische Ursachen (z. B. Schichtdienst);
2. individuelle Sicht der Berufsrolle innerhalb der Anstaltshierarchie (Rollenkonfusion);
3. zwischenmenschliche Beziehungen (zu Kollegen, zu Vorgesetzten, Anspruchshaltung der Gefangenen);
4. persönliche berufliche Entwicklung (Ambivalenz zwischen Arbeitsplatzsicherheit und dem Wunsch nach Ausstieg aus dem Arbeitsfeld);
5. Organisationsstrukturen und Anstaltsklima (restriktive Strukturen, Hierarchie, unzureichende Mitbestimmung);
6. Verhältnis zwischen Arbeitsplatz und privater Situation (mangelnde öffentliche Akzeptanz, private Belastungen).

Die wichtigsten Ergebnisse waren:

- Aus den genannten Stressquellen entwickeln sich erhebliche Belastungen für einzelne Bedienstete.
- Es gab Kommunikationsstörungen zwischen den Hierarchieebenen, Informationen über und Transparenz von (Leistungs-)Entscheidungen wurden von den Befragten als unzureichend angesehen.
- Es bestand eine Diskrepanz zwischen den in der Ausbildung (Justizvollzugsschule) erworbenen Kenntnissen und dem im Anstaltsalltag reduzierten und monotonen Handeln.
- Formelle Beratungs- und Unterstützungsstrukturen für die Bediensteten des AVD waren nicht vorhanden.
- Fortbildungsmöglichkeiten, insbesondere für die Förderung psychosozialer Gesundheit wie z. B. durch Stressbewältigungskurse oder Supervision waren völlig unzureichend.

Es zeigte sich, dass sich die Bediensteten darüber klar waren, dass diese Verhältnisse verbesserungsfähig waren und dass sie Maßnahmen zu ihrer psychischen Entlastung wünschten, z. B. regelmäßige Stressbewältigungsangebote, strukturierten kollegialen Austausch über die berufliche Situation (kollegiale Beratung, Fallgespräche), Angebote zur Gesundheitsförderung und zur Gesundheitsbildung (Erährungsberatung, Fitnesstest, aktiver gesundheitsorientierter Dienstsport) und Beratung bei persönlichen Problemen. Auch eine bessere Kommunikation zwischen den Hierarchieebenen und mehr Mitbestimmung wurden gewünscht.

Insgesamt hat die Untersuchung gezeigt, dass es sinnvoll und notwendig wäre, auch in Justizvollzugsanstalten den Aufbau von gesundheitsfördernden Strukturen anzustreben. Bei der Entwicklung solcher Strukturen hat sich der Autor an spezifischen Modellen zur Betreuung von Behördenpersonal (z. B. bei Polizei und Post) orientiert. Als Resultat entstanden praxisbezogene Ansätze wie z. B. das 3-Phasen- und das Verzahnungsmodell (vgl. Bögemann 1994: 105f, Kapitel 4). Das Ziel dieser Modelle war mehr Partizipation, verstärkte Kooperation der verschiedenen Berufsgruppen und mehr Transparenz. Damit sollten möglichst viele Bedienstete größere Arbeitszufriedenheit und eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erfahren. Von einem ganzheitlichen Ansatz ausgehend, sollten Interventionen auf der Verhaltensebene und der Verhältnisebene erfolgen. Ein Schwerpunkt war das Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ mit dem die in den Justizvollzugsanstalten bereits vorhandenen Ressourcen frühzeitig für einen Gesundheitsförderungsprozess genutzt werden sollten.

Insgesamt hat diese erste Befragung im Jahr 1993 den Eindruck bestätigt, dass im Strafvollzug in NRW eine komplexe Problemlage für das Personal besteht. Die Daten ermöglichten einen partiellen Einblick in die Situation des Justizvollzugspersonals und ließen Rückschlüsse auf die Arbeitsplatzsituation aller Justizvollzugsbediensteten in NRW zu. Was als Nächstes anstand, war die Erprobung der entwickelten Modelle in der Praxis einer Justizvollzugsanstalt.

1.3.4 Grundsätze für die Gesundheitsförderung in Justizvollzugsanstalten

Die Erfahrungen des Autors seit der ersten Untersuchung 1993 haben gezeigt, dass bei der Entwicklung von Gesundheitsförderungsprojekten für Justizvollzugsanstalten folgende Grundsätze zu beachten sind:

- 1) Gesundheitsförderung in einer JVA ist nicht nur von der Zustimmung durch die Betroffenen, sondern auch von der Unterstützung durch Verantwortliche in Leitungs- und Führungsgremien, in Ministerien und Politik abhängig.
- 2) Für die Umsetzung von Gesundheitsförderung in einer JVA erweisen sich die strukturellen und organisatorischen Bedingungen als hinderlich, man muss zunächst von einem hohen ‚Widerstandspotenzial‘ bei den Personalverantwortlichen ausgehen. Daher erfordert die Implementierung von Gesundheitsförderungsstrukturen in Justizvollzugsanstalten überdurchschnittlich viel Überzeugungsarbeit und taktische Anstrengungen gegenüber Personalverantwortlichen im Justizministerium und in der Anstalt.
- 3) Um Veränderungen auf den Weg zu bringen, müssen sich Konzepte zur Gesundheitsförderung hierarchieübergreifend an alle Vollzugsbediensteten in einer An-

stalt, an das System als Ganzes wenden. Hierarchieübergreifend muss Einsicht in Sinn und Nutzen von Gesundheitsförderung geschaffen werden.

- 4) Konzepte zur Gesundheitsförderung in einer JVA müssen sowohl den Verhaltens- als auch den Verhältnisansatz integrieren. Die Aktivitäten sollten ganzheitlich und interdisziplinär ausgerichtet sein.
- 5) Gesundheitsförderung in einem Gefängnis muss kontinuierlich und langfristig stattfinden, um mittel- und langfristig erfolgreich zu sein.
- 6) Da die statischen Strukturen einer totalen Institution über Jahrzehnte gewachsen sind, steht nicht zu erwarten, dass messbare Veränderungen bereits nach kurzer Zeit eintreten.

1.3.5 Länderumfrage des Senators für Justiz und Verfassung in Bremen

Der Senator für Justiz und Verfassung der freien Hansestadt Bremen hat im November 1999 eine Länderumfrage initiiert, um sich über den Stand der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Justizvollzug zu informieren. Zu diesem Zweck wurde der Fragebogen „Branchenbezogener Vergleich einer zeitgemäßen Gesundheitsförderung“ an 15 Landesjustizministerien und an das Bundesjustizministerium zur Bearbeitung geschickt. Hintergrund für diese Umfrage war das Bestreben der JVA Bremen, betriebliche Gesundheitsförderung als Unternehmensziel zu formulieren, d. h. privatwirtschaftliche Modelle auf die Behörde Justizvollzugsanstalt zu übertragen. Im Vorfeld dieser Befragung hatte ein Mitarbeiter der Justizdienstleistungen (JUDIT) Bremen Kontakt mit dem Gesundheitsförderungsprojekt in NRW aufgenommen und es hatte sich ein regelmäßiger Gedankenaustausch entwickelt, bei dem die Erfahrungen in der Projektanstalt reflektiert und Möglichkeiten zur Übertragung auf den Justizvollzug in Bremen diskutiert wurden.

Die Ergebnisse der Länderumfrage: Insgesamt haben 13 Justizministerien zu den Fragen zum Stand von Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz Stellung genommen. Zwei Justizministerien haben stellvertretend für ihre nachgeordneten Anstalten allgemein ohne spezifische Anlagen zum Stand in einzelnen Anstalten geantwortet, sieben Justizministerien haben die Rückantworten ihrer nachgeordneten Anstalten gesammelt und mit 114 Anlagen zu verschiedenen Anstalten in ihren Geschäftsbereichen geantwortet. Aus vier Bundesländern haben 39 Justizvollzugsanstalten direkt geantwortet. Zwei Justizministerien haben sich nicht an der Umfrage beteiligt.

Die Auswertung aller Daten ergab Folgendes: Fachkräfte für Arbeitssicherheit gemäß § 5 des Arbeitssicherheitsgesetzes gibt es in 77,4 % der befragten Justizvollzugseinrichtungen. Demgegenüber fiel die Quote der Bestellung von Arbeitsmedizi-

nen nach § 2 Arbeitssicherheitsgesetz mit 51,5 % geringer aus. Eine besondere Diskrepanz zwischen gesetzlicher Vorgabe und praktischer Umsetzung zeigte sich bei der Frage nach der Existenz eines Arbeitsschutzausschusses nach § 11 Arbeitssicherheitsgesetz. Diese Vorgaben wurden bisher von den meisten befragten Institutionen noch nicht umgesetzt bzw. befanden sich in der Vorbereitung.

Auch bei der Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes in den Anstalten zeigten sich Defizite. Bei der Erstbeurteilung der Arbeitsbedingungen gemäß § 5 Arbeitsschutzgesetz einschließlich der Festlegung und der Bewertung von Maßnahmen zeigte sich ein uneinheitliches Bild: Die Beurteilung der Arbeitsbedingungen wurde bisher nur von 8,8 % der Anstalten abschließend durchgeführt, 56,8 % hatten mit der Beurteilung zum Befragungszeitpunkt begonnen und 34,3 % der Anstalten sind noch gar nicht tätig geworden.

Das Fazit dieser Länderumfrage war die Erkenntnis, dass betrieblicher Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie Gesundheitsförderung bisher in keinem Geschäftsbereich eines Justizministeriums als Unternehmensziel formuliert und die entsprechenden Rahmenbedingungen dafür geschaffen wurden. Daher die Forderung des Bremer Justizsenators: „Betriebliche Gesundheitsförderung muss als langfristiger und systematischer Prozess in den Anstalten mit Analyse-, Planungs-, Umsetzungs- und Evaluationsphasen institutionalisiert werden.“ (Ergebnisauszug aus der Auswertung der Länderumfrage, 8/2000: 2–4)

Diese Länderumfrage hat die Erfahrungen innerhalb des Projektes in NRW ‚länderübergreifend‘ bestätigt und den Bedarf an praxisbezogenen Modellen für Gesundheitsförderung in Gefängnissen verdeutlicht.

2 Allgemeine Grundlagen der Gesundheitsförderung

2.1 Was ist Gesundheit?

Zur Klärung des Gesundheitsbegriffs zunächst einige Definitionen aus verschiedenen Bereichen:

Krankheit ist ein regelwidriger oder geistiger Zustand, dessen Eintritt entweder die Notwendigkeit der Heilbehandlung des Versicherten oder lediglich seine Arbeitsunfähigkeit oder beides zugleich zur Folge hat. (Rechtsversicherungsordnung RVO)

Gesundheit ist der Zustand optimaler Leistungsfähigkeit des Individuums für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist. (Soziologie)

Gesundheit ist die Fähigkeit, lieben und arbeiten zu können. (Psychoanalyse)

Gesundheit ist das geordnete Zusammenspiel normaler Funktionsabläufe und des normalen Stoffwechsels. (Naturwissenschaften)

Krankheit ist Folge der Sünde. Sie ist nicht sinnlos, sie verlangt Deutung als von Gott gesandte Versuchungen. (Religion)

Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit. – Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. (Weltgesundheitsorganisation WHO)¹

Die Aussagen zeugen von der Vielschichtigkeit des Begriffs ‚Gesundheit‘, die eine einfache Definition unmöglich macht. Unzweifelhaft ist jedoch, dass Gesundheit ein wertvolles Gut ist: „Gesundheit ist gleichermaßen (unbestimmte) Wertidee als auch schlechthin das Gute.“ (Deppe 1991: 15) Im Kontext dieser Arbeit wird Gesundheit in Anlehnung an die Definition der WHO verstanden als:

- die Kompetenz zu aktiver Lebensbewältigung;
- die Fähigkeit zu Problemlösung und Gefühlsregulation;
- seelisches und körperliches Wohlbefinden.

Als Krankheit gilt dagegen:

- körperliche Fehlfunktion und Schädigung;
- beschädigte Identität;

¹ Aus *Grundlagen für den Gesundheitsberater*, Volkshochschule Hannover 2001, Trojan 1992.

- anhaltende negative Gefühle bzw. Verstimmungen wie Angst, Hilflosigkeit, Geiztheit (Badura et al. 1999).

Gesundheit und Krankheit bilden einen Komplex, in den zahlreiche gesellschaftliche Gruppen auf unterschiedliche Weise involviert sind: Die Diskussion wird durch Probleme wie die Kostenexplosion im Gesundheitswesen, die unterschiedlichen Ansichten von Interessengruppen (Ärztikammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Pharmaindustrie, Krankenkassen) über Maßnahmen zur Kostendämpfung und dem volkswirtschaftlichen Schaden durch Krankheiten, Arbeitsunfälle und Frühverrentungen auf gesellschaftlicher Ebene sowie die Bestimmung der Rolle des Patienten im Gesundheitssystem (entmündigter Leistungsempfänger oder selbstverantwortlicher Protagonist) auf individueller Ebene geprägt.

Dieses Spannungsverhältnis zeigt sich besonders in der Arbeitswelt: dem Wunsch von Arbeitnehmern, gesund den Ruhestand zu erreichen, steht das Risiko arbeitsbedingter Erkrankung gegenüber. Betriebliche Gesundheitsförderung setzt hier an. Sie will nicht nur die Beschäftigten zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen motivieren (Interventionen auf der Verhaltensebene), sondern auch die Gesamtheit der organisatorischen Bedingungen überprüfen und bearbeiten (Interventionen auf der Verhältnisebene). Kernziele von Betrieblicher Gesundheitsförderung sind:

- Förderung von Motivation, Betriebs- und Arbeitszufriedenheit;
- Erschließung von Leistungspotenzialen: Kreativität, Flexibilität, Produktivität;
- Prävention von (arbeitsbedingten) Krankheiten, Verringerung von (krankheitsbedingten) Fehlzeiten (vgl. Badura et al. 1999).

2.2 Gesundheitsförderung

2.2.1 *Gesundheitsförderung im Sinne der Weltgesundheitsorganisation*

Für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Gesundheit nicht bloß Schicksal und vom Zufall bestimmt, sondern kann im Gegenteil durch individuelles Verhalten wie auch durch institutionelle Einflüsse z. B. in der Arbeitswelt beeinflusst und gesteuert werden. Für die WHO stehen daher Gesundheit, Gesundheitsförderung und gesellschaftliche Bedingungen in einem Zusammenhang:

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen ist es notwendig, daß sowohl Einzelne als auch

Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinn ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann weitestgehend entfalten, wenn Sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluß nehmen können. (Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation WHO 1986)

Die Ottawa Charta, zurzeit das maßgebliche Präventionskonzept (Rosenbrock 1998), benennt fünf sich wechselseitig beeinflussende Handlungsfelder, die für die Umsetzung von Gesundheitsförderung relevant sind:

- 1) eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik entwickeln;
- 2) gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen;
- 3) gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktivitäten unterstützen;
- 4) persönliche Kompetenzen entwickeln;
- 5) Gesundheitsdienste neu orientieren.

Überträgt man diese Ziele auf die Lebens- und Arbeitswelt Gefängnis, können beide für Gefangene und für das Personal gesundheitsfördernd gestaltet werden. Besonders die Punkte 3) und 4) haben in der JVA Chancen, umgesetzt zu werden, denn beide Zielgruppen leben bzw. arbeiten auf engem Raum miteinander, und das in der Regel über längere Zeit. Insofern sind sie ohne großen logistischen Aufwand zu erreichen und zu informieren. In diesem Rahmen lassen sich Gemeinschaftsaktivitäten entwickeln und erproben, bei denen persönliche Kompetenz und Eigenverantwortlichkeit gefördert werden können. Gesundheitsförderung im ‚Sozialen Training‘ wäre ein Erfahrungsraum für die Gefangenen. Betriebliche Gesundheitsförderung wäre ein Erfahrungsraum für das Personal. Insofern bieten gerade die speziellen Bedingungen des Gefängnisses nicht nur Risiken für die Gesundheit, wie sie sich in den bereits vorliegenden Studien abzeichnen, sondern auch Chancen.

2.2.2 *Konfliktpotenzial der Gesundheitsförderung*

Die Implementierung von gesundheitsförderlichen Strukturen am Arbeitsplatz, die sich an der ganzheitlichen Definition der Ottawa Charta orientiert, kann konfliktträchtig sein. So stellt dieser Ansatz beispielsweise auf der Meso- und auf der Mikroebene ein sehr fest gefügtes System wie etwa das in einer Justizvollzugsanstalt mit seinen bürokratischen Strukturen in Frage und würde es verändern müssen. Dafür müssen die verschiedenen Protagonisten mit ihren jeweiligen Standpunkten und Interessen unter dem Aspekt des persönlichen oder institutionellen Nutzens unter Be-

rücksichtigung der über Jahrzehnte gewachsenen inneren und äußeren (Interessens-) Strukturen zusammengebracht werden. Hierin liegt für den Gesundheitsförderer eine große Herausforderung.

Zentrale Hinderungsgründe für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Konzepte liegen in der ökonomischen Steuerung der gegenwärtigen Gesellschaftsformation und in der Dominanz des Medizinsystems. Daraus folgt, daß nahezu jeder Erfolg auf dem Gebiet von Gesundheitsförderung und Prävention, der sich nicht nach den Kriterien des Marktes und der Verkäuflichkeit richtet, sondern dem Abbau sozial bedingter Ungleichheit vor Krankheit und Tod verpflichtet bleibt, in der gegenwärtigen makropolitischen Konstellation prekär und bedroht bleibt. Es sind in erster Linie Sozialmediziner, Public Health-Experten und die Praktiker der Gesundheitsförderung selbst, die in ihren jeweiligen Bezugsbereichen die Notwendigkeit und Möglichkeiten von Prävention und Gesundheitsförderung deutlich zu machen und in konkrete Projekte umzusetzen haben, um auf diese Weise tragfähige und belastbare Koalitionen zu schmieden. (Rosenbrock 1998: 18f)

Die Aussage von Rosenbrock (1998) beschreibt das Spannungsverhältnis zwischen den Idealen von Gesundheitsförderung, also etwa von Veränderung in bestimmten gesellschaftlichen Bereichen, und der Frage nach der Kosten-Nutzen-Dimension von Interventionen durch Gesundheitsförderungsexperten. Durch vermehrte Projekte in der Arbeitswelt sollte sich dieser scheinbare Widerspruch von selbst auflösen, da sich gerade in diesem gesellschaftlichen Teilbereich erhebliche Kosteneinsparungen durch Gesundheitsförderung erzielen lassen. Allerdings ist betriebliche Gesundheitsförderung nicht nur eine Frage der Einsicht in ihre Notwendigkeit ökonomischen Erwägungen, sondern auch der Umsetzung bestehender gesetzlicher Grundlagen.

2.3 Rechtliche Grundlagen für Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt

Die Arbeitswelt bildet zumindest in zweifacher Hinsicht einen idealen und richtigen Ansatzpunkt für Gesundheitsförderung: Zum einen sind es wie oben dargestellt nicht zuletzt die Verhältnisse am Arbeitsplatz, die Beschäftigte krank machen können, zum anderen ist der Arbeitsplatz der Bereich im Leben eines Menschen, wo er einen großen Teil seiner wachen Zeit verbringt: Ein berufstätiger Mensch mit einer mittleren Lebenserwartung von 75 Jahren, das sind 27.375 Tage, schläft etwa 9125 Tage und verbringt durchschnittlich 8800 Tage am Arbeitsplatz (G. E. K. Stress und Balancing, Management, 2001). Gesundheitszustand, Gesundheitsbewusstsein, Gesundheitsverhalten der Beschäftigten sind in der Tat zentrale Aspekte der betrieblichen

Gesundheitsförderung, für die ein Betrieb oder eine Behörde günstige Rahmenbedingungen bietet:

- Wegen der überschaubaren Größe der Zielgruppen und der Nähe zum räumlichen Bezugsrahmen;
- wegen der räumlichen Nähe zu den Beschäftigten können schwer erreichbare bzw. besonders gefährdete Zielgruppen eher dafür gewonnen werden, bedürfnisgerechte Angebote zu nutzen;
- weil das Ziel, ganzheitliche Betriebsprogramme in einer Folge aus Personalbefragung, Prioritätensetzung, Programmumsetzung, betrieblicher Berichterstattung und Bewertung zu realisieren, nicht mehr so schwer erreichbar erscheint wie bei kommunalen Ansätzen (z. B. das „Gesunde-Städte-Projekt“ der WHO) mit ihrer Komplexität (Annuß et al. 1992: 5f, Bögemann 1994: 7).

Zwar hat die betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland und in der Europäischen Union einen zunehmend höheren Stellenwert, gesetzliche Bestimmungen bezogen sich bisher aber überwiegend auf die Arbeitssicherheit (z. B. Arbeitssicherheitsgesetz von 1972). In letzter Zeit zeichnet sich hier eine Entwicklung zu einem ganzheitlichen Gesundheitsmanagement ab. Insbesondere durch die Novellierung des SGB V (Recht der Krankenversicherung), des SGB VII (Recht der Unfallversicherung), dem Inkrafttreten des neuen Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) 1996 und die Regelungen auf EU-Ebene (Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung, EG Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz 89/391/EWG, Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und -ausbildung – 645/96/EG) ergänzen sich Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. Dabei ist die Hauptaufgabe des Arbeitsschutzes die gesundheitsgerechte und sichere Gestaltung der Arbeitsbedingungen. Das gilt sowohl für die technisch optimale Gestaltung des Arbeitsplatzes (z. B. Lichtverhältnisse, Lärmschutz, Ergonomie) als auch die Anleitung der Beschäftigten zum richtigen Umgang mit den Arbeitsmitteln, insbesondere aber für die Ermittlung psychosozialer Belastungen in der Arbeitswelt.

Das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) beschreibt eine einheitlich Rechtsgrundlage für alle Arbeitnehmer in allen Tätigkeitsbereichen (Zielsetzung und Anwendungsbereich, § 1.1 ArbSchG). Dabei sind zum ersten Mal auch die Beamtinnen und die Beamten als Zielgruppe des Arbeitsschutzgesetzes mit aufgeführt. Auf die Gesundheitsförderung in Gefängnissen lassen sich folgende Aspekte des ArbSchG anwenden: Das Gesetz formuliert im § 2.1 ArbSchG (Begriffsbestimmungen) hohe und dynamische Schutz- und Gestaltungsziele, d. h. auch die Berücksichtigung psychoso-

zialer Faktoren im Rahmen einer humanen Gestaltung der Arbeit. Daneben gibt es einen integrierten Gestaltungsauftrag, der Technik, Arbeitsorganisation, sonstige Arbeitsbedingungen, soziale Beziehungen und Einfluss der Umwelt auf den Arbeitsplatz impliziert (Allgemeine Grundsätze, § 4 ArbSchG). Durch Gefährdungsbeurteilungen (Beurteilung der Arbeitsbedingungen, § 5 ArbSchG) und die Einbindung der Führungsstrukturen (Grundpflichten des Arbeitgebers, § 3.2 ArbSchG) in anschließende Abhilfemaßnahmen (§ 3.2 ArbSchG) wird ein planmäßiges Vorgehen gewährleistet.

Die Dokumentationspflicht für Gefährdungsanalysen und die daraus abgeleiteten Maßnahmen sowie Resultate der Wirksamkeitsüberprüfung legen eine klare Verantwortlichkeit des Arbeitgebers für den Arbeitsschutz fest (Dokumentation, § 6 ArbSchG). Darüber hinaus soll durch Mitwirkungs- und Unterstützungspflichten (§ 15.1 ArbSchG und § 16.2 ArbSchG) sowie durch Vorschlags- und Beschwerde-rechte (§ 17.1 ArbSchG und § 17.2 ArbSchG) eine größere Partizipation der Beschäftigten angestrebt werden (vgl. ArbSchG 1996, WZB AG Public Health 1998 in ÖTV „Gesundheit“ 2000).

Das Arbeitsschutzgesetz stärkt auch die Rolle der Personalräte bei der Einrichtung humaner Arbeitsplätze. Sie haben im Arbeits- und Gesundheitsschutz umfassende Beteiligungsrechte. Insofern kann das Arbeitsschutzgesetz von Personalräten als Argumentationshilfe bei Diskussionen mit dem Arbeitgeber (in den Justizvollzugsanstalten ist dies der Anstaltsleiter bzw. als Fachaufsicht das Justizministerium) genutzt werden. Idealerweise werden dann von den Personalräten das Bundespersonalvertretungsgesetz (BPersVG), das jeweilige Landespersonalvertretungsgesetz (LPVG), das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) und das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) in einem Kontext gesehen. Das BPersVG beispielsweise schreibt im § 75 Abs. 3 Nr. 11 bzw. Nr. 16 Mitbestimmung beim Arbeits- und Gesundheitsschutz und Mitbestimmung bei der Gestaltung der Arbeitsplätze vor. Die Beteiligung am Arbeitsschutz ist im § 81 Abs. 1, BPersVG geregelt. Im § 11 Arbeitssicherheitsgesetz ist die Mitarbeit des Personalrats im Arbeitsschutzausschuss festgeschrieben.

2.4 Aktivitäten der Krankenkassen

Der Arbeitsschutz dient der Risikominderung, die betriebliche Gesundheitsförderung widmet sich auch dem Erhalt und dem Ausbau individueller Gesundheitsressourcen, um das Wohlbefinden des Einzelnen am Arbeitsplatz und damit seine Lebensqualität insgesamt zu steigern. Die gesetzlichen Krankenkassen, insbesondere die Betriebskrankenkassen (BKK) und die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK), betrachten eine

Ausweitung ihres Engagements in der betrieblichen Gesundheitsförderung als ihr besonderes Anliegen, und sie sind daher auch in diesem Sinne aktiv geworden: Neben den Betriebskrankenkassen (in *BKK-Handbuch zur Gesundheitsförderung* 1989, *News – Gesundheitsförderung im Betrieb* ab 1996 und Broschüren) entwickelt das Wissenschaftliche Institut der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) Konzepte zur betrieblichen Gesundheitsförderung (Broschüre „Ein Konzept mit Zukunft“ seit 1991). Die Intentionen aller Konzepte sind ähnlich, und als mögliche Effekte von betrieblicher Gesundheitsförderung werden genannt:

- Verringerung von Fehlzeiten und Abwesenheitstagen;
- Verringerung der Fluktuationsrate;
- Verringerung der Zahl von Frühpensionierungen;
- Verringerung der Zahl von Arbeitsunfällen;
- Verringerung von Risikofaktoren (Rauchen, Alkohol etc.);
- Verringerung frühzeitiger Sterblichkeit;
- Verbesserung der Arbeitsmoral, der Arbeitszufriedenheit und des Betriebsklimas;
- Verbesserung der Produktivität und Leistungsfähigkeit;
- Verbesserung von Lebensstil und Wohlbefinden;
- Verbesserung des betrieblichen Ansehens.²

2.5 Modelle zur Gesundheitsförderung

Es gibt verschiedene Ansätze, die versuchen, das Gesundheitsverhalten des Einzelnen zu erklären, die also der Frage nachgehen, ab wann und unter welchen Bedingungen ein Individuum Gesundheit (er)lebt, persönliches Verhalten hinterfragt bzw. auch verändert. Die Modelle sind erfahrungsgemäß auf die jeweiligen Praxisbedürfnisse anzupassen und müssen gegebenenfalls ‚handlungsorientiert‘ weiterentwickelt werden. Insofern sollen im Folgenden nur die Kernaussagen verschiedener Modelle dargestellt werden.³

² Konferenzbericht WHO 1991, BKK Handbuch 1989, AOK 1992, Annuß 1992, Bögemann 1994: 9, Lenhardt et al. 1996, BKK 1996, Fehlzeitenreporte 1999, 2000, 2001.

³ Eine ausführlichere Diskussion dieser Modelle findet sich bereits in Bögemann 1994: 80–86.

2.5.1 *Verhaltensorientierte Ansätze*

Diese Ansätze beschreiben Zusammenhänge zwischen persönlichen Kenntnissen, Einstellungen sowie Verhaltensweisen und geben Orientierungen für Verhaltensänderungen. Hier wären die kognitive Dissonanztheorie und Risikoverhalten von Festinger (1957), Theorien zur Bewältigung psychosozialer Belastungen von Lazarus (1981) und der Lebensweisenansatz (Life Style) von Davidson et al. (1980) von zu nennen. Social support Modelle (Mc Grath 1970, Trojan 1989) beschäftigen sich mit sozialer Erklärung von Krankheit und den Einfluss durch soziale Unterstützung. Die Berücksichtigung dieser Ansätze im Praxisfeld hat gezeigt, dass eindimensionale Ansätze nicht ausreichen, um gesundheitsbezogenes Verhalten hinreichend zu erklären. Daher ist es angebracht, auf mehrdimensionale Konzeptionen zurückzugreifen, die auch affektive und kognitive Komponenten berücksichtigen, z. B. das „Verhaltens-Entscheidungs-Modell“ (Behaviour Decision-Modell von Fischbein, Ajzen 1975), das „Wellness-Modell“ von Dunne (1959) und das „Health Belief-Modell“ von Rosenstock (1974).

So setzen Fischbein (1975) und auch Dunne (1959) als Grundlage für Verhaltensänderungen Bedingungen wie persönliche Betroffenheit, Bedeutung des Lebensstils, Selbstverantwortung, Abwägung von Kosten und Nutzen, Überwindung von Barrieren unter Nutzung von persönlichen psychischen Ressourcen mit dem Ziel einer besseren Lebensqualität voraus (Prävention 2/1985: 37f).

2.5.2 *Das Health Belief-Modell*

Für die Projektarbeit lieferte das Health Belief-Modell von Rosenstock (1974) wichtige Orientierungspunkte. Es beschreibt ähnliche Kausalitäten wie Fischbein (1974) und Dunne (1959), doch geht es noch spezifischer auf die Aspekte ein, die für das Gesundheitsverhalten des Einzelnen relevant sind:

- **Wahrgenommene Gefährdung (Vulnerabilität, Verwundbarkeit):** Subjektiv empfundene und selektive Wahrnehmung von persönlicher Gefährdung. Die Bandbreite reicht von übertriebenen Vorstellungen über das Erkrankungsrisiko bis zur Verleugnung der eigenen Gefährdung. Je ausgeprägter die Wahrnehmung der eigenen Gefährdung ist, desto eher entsteht Bereitschaft, präventive Maßnahmen zu ergreifen.
- **Wahrgenommene Gefährlichkeit (Perceived Severity):** Persönliche Wahrnehmung der Gefährlichkeit einer Krankheit in Bezug auf soziale (beruflich, existen-

ziell, ökonomisch, familiär) und medizinische Folgen (temporär, Zukunftsplanung).

- **Wahrgenommener Nutzen (Perceived Benefits):** Zunächst persönliche Akzeptanz einer Bedrohung, ohne unmittelbar präventive Maßnahmen zu ergreifen. Erwartungshaltung hinsichtlich der relativen Wirksamkeit einer Maßnahme (Prüfungsprozess). Erst die Umsetzung der Maßnahme mit entsprechender Wirksamkeit führt zur Akzeptanz.
- **Wahrgenommene Barrieren und Kosten (Perceived Barriers):** Zunächst Wahrnehmung der negativen Aspekte (Barrieren) einer Maßnahme. Analyse der Kosten-Nutzen-Relation durch Gegenüberstellung von wahrgenommenem Nutzen und möglichen Unannehmlichkeiten wie finanzielle Belastungen, Schmerzen, Zeitverluste, Ängste vor Wahrheiten (Rosenstock 1974: 354ff, Bengel et al. 1991, Bögemann 1994: 83f).

Siegrist fasst die Grundüberlegung des Health Belief-Modells folgendermaßen zusammen:

Danach ist die Wahrscheinlichkeit, gesundheitsschädigendes Verhalten fortzusetzen, umso größer, je geringer die primäre Gesundheitsmotivation einer Person ist, je geringer der Glaube an und das Vertrauen in Fähigkeiten der Selbststeuerung einer Person sind, je weniger Anzeichen einer persönlichen gesundheitlichen Gefährdung verspürt werden und je geringer der erwartete Nutzen eines gesundheitsrelevanten Verhaltens im Vergleich zu den investierten Kosten eingesetzt wird. (Siegrist 1988: 152)

Andersherum ist der Glaube an die Beeinflussbarkeit von Gesundheit bzw. Krankheit möglicherweise eine wesentliche Motivation dafür, Selbststeuerung als Bewältigungsstrategie zum Einsatz zu bringen und über Erfahrungslernen selbst Kompetenz aufzubauen und damit gesundheitsschädigendes Verhalten abzubauen.

Das Health Belief-Modell bot für die Arbeit in der Justizvollzugsanstalt eine umfassende Grundlage, um auf der verhaltenspräventiven Ebene die persönlichen Einstellungen der Bediensteten zu Gesundheit zu analysieren (z. B. im Rahmen der Personalbefragungen innerhalb des Projektes 1993 und 1997). Zudem konnten mit dem Health Belief-Modell auf der Interventionsebene Widerstände abgebaut und die Motivation der Zielgruppe gefördert werden (z. B. im Rahmen von Fortbildungen). Der Grundgedanke dieses Modells war auch in der täglichen Arbeit mit den Bediensteten gut zu vermitteln, z. B. wenn es darum ging auf das individuelle Gesundheitsverhalten und seine potenzielle Wirksamkeit zu reflektieren (,Wenn du nicht überzeugt bist, wird es auch nicht funktionieren‘; ,Wenn nur andere sagen, du solltest dein

Gesundheitsverhalten ändern, ohne dass du selbst eine Notwendigkeit dafür siehst, wird es auch nicht funktionieren‘). Auch der Gedanke des selbstverantwortlichen Handelns ließ sich am Beispiel des Health Belief-Modells in dem Sinne vermitteln, dass Gefährdungs- und Kosten-Nutzen-Abwägungen im Ideal zu Gunsten der Gesundheit ausfallen sollten.

2.5.3 Operationalisierung des Health Belief-Modells in der Projektanstalt

Die Erfahrungen in der Projektanstalt haben gezeigt, dass sich die Modelle nur bedingt auf die Arbeitswelt einer JVA übertragen lassen, da sie die hier vorherrschende Komplexität nur partiell erfassen können. Daher war es immer wieder nötig, die Modelle auf der Basis von Praxiserfahrungen zu modifizieren, insbesondere in den Angebotsphasen (s. Kap. 9 und 10). Dennoch war die Orientierung am Health Belief-Modell insofern hilfreich, als es die Relevanz der Einstellungen der Zielgruppe zu Gesundheit und Krankheit thematisiert und sich damit zu Beginn der Gesundheitsförderung im Gefängnis die Notwendigkeit ergab, die diesbezüglichen Einstellungen der Beamten festzustellen. Die vom Autor durchgeführten zwei Personalbefragungen (1993 und 1997; Kap. 1.3.3 und 8), haben verdeutlicht, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten an die Beeinflussbarkeit der eigenen Gesundheit glaubt.

In die Projektarbeit gingen folgende Aspekte von Rosenstocks Health Belief-Modell (1974) ein:

1. Gesundheitsmotivation

- Förderung der Motivation zur mehr Gesundheitsbewusstsein;
- dem Stellenwert der Gesundheit persönliche Relevanz geben;
- Beginn des Dialogs über die Bereitschaft, neben dem Ausbau des Selbstkonzeptes ggf. medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen (bei akuter Krankheit bzw. Vorsorge, z. B. Krebs, Zahnarzt);
- Diskussion über persönliche Erfahrungen mit Ärzten (Compliance) und bekannten präventiven Angeboten.

2. Selbststeuerung

- Thematisierung der individuellen Fähigkeit zur Steuerung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen;

- Stützung des Glaubens (Believe) und der Überzeugung von der Beeinflussbarkeit von Gesundheit durch eigenes Handeln durch konkrete Beispiele (z. B. Präsentation eines Heilungsprozesses).

3. Wahrgenommener Gesundheitszustand

- Sensibilisierung der eigenen Wahrnehmung (Dialog mit dem Körper und seinen Signalen, z. B. bei der PTSD-Problematik);
- Erkennen und Deuten von Symptomen, Wissen über Zusammenhänge von Symptomen und entstehenden Krankheiten (z. B. Stressbewältigungstraining).

4. Nutzenabwägung

- Verdeutlichung, dass Gesundheit wesentlich für Wohlbefinden und Lebensqualität ist.
- Diskussion der Vor- und Nachteile gesundheitsbezogener Verhaltensweisen (Beispiele: Ökonomie des Nichtrauchens, Fitness-Sport und Gesundheit, Berechnung individueller Krankenkosten, bei Beamten insbesondere Beitragsrückerstattung von privaten Krankenkassen).
- Diskussion von Möglichkeiten gesundheitsbezogener Verhaltensänderung (z. B. durch Gesundheitszirkel, Erfahrungsaustausch, Selbsthilfeansätze, Kollegiale Beratung, Informationsveranstaltungen z. B. durch Krankenkassen).
- Bearbeitung äußerer Widerstände gegen Verhaltensänderungen, Diskussion im Kollegenkreis, Stärkung des Selbstbewusstseins des Einzelnen, Analyse und Diskussion der organisatorischen und strukturellen Hemmnisse und Widerstände und evtl. Einbeziehung der Familien.

Die vier Ebenen des Health Belief-Modells boten zahlreiche Anknüpfungspunkte, über die man im Rahmen der Verhaltensprävention mit den Beschäftigten ins Gespräch kam. Von diesen Gesprächen gingen weitere Impulse zur Verhältnisprävention aus.

2.5.4 Verhältnisorientierter Ansatz

Es reicht nicht aus, nur den verhaltensbezogenen Ansatz zu fördern und damit die Gesundheitsförderung völlig auf das Individuum zu verlagern. Wie die Kritik von Hartmann, Traue (1996) und Lenhardt (1994) zeigt, würde damit der ganzheitliche Ansatz der Ottawa Charta verfehlt. Es stünde zu befürchten, dass die Gesundheitsförderung nicht wirklich effektiv ist, so lange sich nichts an den Arbeitsstrukturen

ändert. Idealerweise gibt es eine Verzahnung zwischen Verhaltens- und Verhältnisänderung. Die wird von der betrieblichen Gesundheitsförderung auch angestrebt. Allerdings ist eine Verhältnisänderung aber auch am schwierigsten zu bewerkstelligen, da sie eventuell tief in die Strukturen einer Organisation eingreifen muss. Zudem benötigt eine Verhältnisänderung eine breite Unterstützung durch die Betroffenen, z. B. in Form eines aktiven Engagements von Personalvertretungen und der Förderung kollegialer Beratungssysteme. Hier muss ein Bewusstsein für die Notwendigkeit von Veränderungen bei den Betroffenen geschaffen werden, ein Prozess, der durch externe Professionelle angestoßen werden kann. Allerdings lässt sich die Bewusstseinsänderung am besten dadurch erreichen, dass die Betroffenen an den notwendigen Veränderungen der Verhältnisse aktiv beteiligt werden, und zwar so früh wie möglich. Das hat außerdem den Vorteil, dass neben dem Profi-Wissen auch die Potenziale der Laien sowie bereits vorhandene (Gesundheits-)Ressourcen einer Organisation für die Veränderung genutzt werden können. Es gilt, eine „Gesundheitsbewegung von unten“ (Stark 1991) in Gang zu setzen, die Arbeitnehmer als Experten in eigener Sache zu aktivieren und sie gleichberechtigt an den Prozessen zu beteiligen. Verhältnisänderungen können somit auf Selbsthilfeprinzipien aufbauen.

Nicht mehr die Experten haben hier das Wort, sondern die Betroffenen organisieren sich in ihrem wohlverstandenen Interesse und für ihre Gesundheit; sie setzen sich ihre Ziele und beschließen, mit welchen Mitteln und auf welchen Wegen sie diese erreichen können. (Vogt 1998: 139)

Im Ideal wird Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt als Element der Organisationsentwicklung („Lernende Organisation“) und als kontinuierliche Aufgabe der Personalentwicklung begriffen. Dies zu erreichen war auch das Ziel bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung in der Projektanstalt, denn:

Die Faktoren und die Bedingungen, die individuelle Gesundheit und die Verlängerung des Lebens fördern, sind genau die gleichen Faktoren und Bedingungen, die die Gesundheit von/in Organisationen (Organizational health) und den dauerhaften Bestand von Betrieben fördern. (Pelletier 1985 nach Trojan et al. 1992: 146)

3 Grundlagen zur Analyse von Gesundheit und Krankheit in der Arbeitswelt JVA

Die Ergebnisse der Personalbefragung 1993 in einer offenen Anstalt und die bisherigen Forschungen zur Situation von Gefängnispersonal geben Hinweise auf spezifische Problemfelder des Personals in der JVA, z. B. Auswirkungen der Rigidität des Systems in Bezug auf Hierarchie, Rolle, Kommunikation und Interaktion auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Beschäftigten. Will man hier verändernd eingreifen, liegt es nahe, den daraus entstehenden ‚Problemmix‘ mit einem ‚Methodenmix‘, der sich aus verschiedenen Ansätzen der Sozialwissenschaften speist, zu bearbeiten. So sollten neben dem Health Belief-Modell verschiedene Ansätze aus Soziologie, Psychologie, Pädagogik und Medizin dazu beitragen, im Rahmen gesundheitswissenschaftlicher Tradition unter interdisziplinären Gesichtspunkten die Projektarbeit zu orientieren und Veränderungen zu erreichen. Diese Ansätze sollen im folgenden knapp diskutiert werden.

3.1 Der Setting-Ansatz

Der Begriff Setting wurde von Grossmann und Scala (1994) entwickelt und bezeichnet ein überschaubares sozial-räumliches System, z. B. Schule und Krankenhaus. Auf das Setting orientierte Interventionen richten sich an die strukturellen Bedingungen des Settings (Gebäude, Organisation) und an die involvierten Personengruppen, die Zielgruppe. Der Setting-Ansatz ist für die Arbeit in einem Gefängnis besonders interessant, da an ihm orientierte Gesundheitsförderungsaktivitäten auf die Komplexität von sozialen Systemen ausgerichtet sind, indem sie individuelles Verhalten, den Stand der Bewusstseinsentwicklung sowie institutionelle Verhältnisse und den Zustand der Kommunikationsstrukturen berücksichtigen. Für Grossmann und Scala (1994) ist er die Schlüsselstrategie der Gesundheitsförderung, denn „eine Strategie, die sich nur an einem Problem orientiert, ohne den Einfluss der sozialen Umwelt (Setting) auf die Chancen, Gewohnheiten und Werthaltungen mitzubedenken, hat ihr Ziel verfehlt.“ (Grossmann und Scala 1994: 66). Langfristig wäre es denkbar, in Entsprechung zu den bereits definierten Settings „Gesundes Krankenhaus“, „Gesunde Schule“ und „Gesunde Städte“ auch ein Setting „Gesundes Gefängnis“ zu entwickeln. Mit dem „Health in Prison“-Projekt, an dem 14 europäische Staaten (Deutschland nicht) beteiligt sind, ist dieser Gedanke von der WHO-Europa ansatzweise schon realisiert worden, bislang allerdings nur in Anwendung auf Inhaftierte und nicht für das Personal.

1997 hat der Autor Kontakt zum WHO-Europa-Netzwerk „Healthy Prison“ aufgenommen und 1998 die WHO-Konferenz in Den Haag (Niederlande) besucht. Damit war erstmalig ein deutscher Vertreter auf einem Projekt-Treffen. Auf dieser Konferenz stellte sich heraus, dass der Ansatz des Gesundheitsförderungsprojekts in NRW mit dem Gefängnispersonal als Zielgruppe bis dahin einmalig in Europa war, und die WHO hatte daher großes Interesse an einer Kooperation mit diesem Projekt. Auf der Konferenz wurde auch die Übertragbarkeit des Setting-Ansatzes auf das Gefängnis diskutiert. Da der Anstaltsarzt der Projektanstalt auch an Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Gefangene auf der Grundlage der Ottawa Charta interessiert war, hätte sich in der Projektanstalt die Möglichkeit geboten, erstmalig in Deutschland einen ganzheitlichen Gesundheitsförderungsansatz für das Personal und für die Gefangenen einer Haftanstalt zu konzipieren, der als deutscher Beitrag Aufnahme in das Netzwerk der WHO gefunden hätte. Allerdings konnte dies nicht verwirklicht werden, weil das Justizministerium des Landes NRW nicht zustimmte.

Das Projekt Gesundheitsförderung für Justizvollzugsbedienstete kann als ein Beitrag dazu angesehen werden, die Entwicklung zu einem Setting „Gesundes Gefängnis“ zumindest für das Personal in deutschen Haftanstalten einzuführen. Neben der Entwicklung von standardisierten ‚Setting-Bausteinen‘ zur Übertragung auf andere Anstalten wäre dieser Ansatz langfristig auch dazu geeignet, die ‚institutionellen Selbstheilungskräfte‘ der totalen Institution zu aktivieren.

3.2 Handlungsebene Aktionsforschung in der JVA

Aspekte der Aktions- bzw. Handlungsforschung dienen dazu, eine methodische Grundlage für die Implementierung von Elementen der betrieblichen Gesundheitsförderung in die Arbeitswelt einer Justizvollzugsanstalt zu schaffen. In Übereinstimmung mit Nagel (1983) versteht der Autor Aktionsforschung als Ansatz zur Koppelung von Theorie und Praxis im Forschungsfeld mit dem Ziel, Forschungskonzepte zu entwickeln, mit deren Umsetzung das Forschungsfeld verändert wird.

Veränderung heißt im Kontext dieser Arbeit auch, einen Beitrag zur Emanzipation aller Beteiligten zu leisten. Insofern soll die Aktionsforschung die zeitweise „forschungspraktische Folgenlosigkeit“ (Nagel 1983) empirischer Sozialforschung überwinden helfen. Um das zu erreichen, zielt auch der Forschungsprozess auf eine weitgehende Partizipation aller Beteiligten, die u. a. durch die Transparenz von Maßnahmen, Ergebnistransfer und umfassende Information erreicht werden soll. Der Forschungsprozess und die damit verbundene Umsetzung der Ergebnisse in die Praxis (z. B. in Form von Interventionen durch den Gesundheitsförderer, Schulungs-

maßnahmen, usw.) sollen von den Forschern und von den Beforschten als eine soziale Handlungssituation begriffen werden, um eine gemeinsame Problemanalyse und Bewertung des Ist-Zustands zu erstellen. Durch den Umbau von institutionellen Strukturen (Verhältnisebene) unter aktiver Beteiligung möglichst vieler Betroffener sollte die Arbeitsplatzzufriedenheit gefördert werden, und eigene Einflussmöglichkeiten auf Gesundheit bewusst gemacht werden (Verhaltensebene). Dieser umfassende und komplexe Prozess bedarf einer kontinuierlichen Begleitung durch die Gesundheitsförderer, um den Vergleich zwischen ursprünglicher Zielformulierung und dem tatsächlich in der Praxis Erreichten zu dokumentieren.

[Aktions-] Forschung soll ein manifest gesellschaftliches Problem aufgreifen und durch Eingriff in den Problembereich zu einer Veränderung der sozialen Realität beitragen. Ziel des Forschungsprozesses ist daher nicht in erster Linie die Überprüfung oder Erweiterung von wissenschaftlichen Theorien durch Verifikation oder Falsifikation vorab formulierter Forschungshypothesen, sondern die Lösung praktischer Probleme in einem speziellen gesellschaftlichen Teilbereich. (Nagel 1983: 23)

Im Folgenden sollen kurz die von Haag et al. (1972) formulierten fünf Kernthesen der Aktionsforschung nebst ihrer Umsetzung im Gesundheitsförderungsprojekt (Projektansatz) dargestellt werden:

1. Das Forschungsziel besteht nicht ausschließlich in der Verfolgung wissenschaftlicher Erkenntnisziele und der Prüfung soziologischer Aussagen, sondern auch darin, gleichzeitig praktisch und verändernd in gesellschaftliche Zusammenhänge einzugreifen.

Projektansatz: Entwicklung eines ganzheitlichen Gesundheitsförderungsmodells mit empirischen Elementen aus der Sozialforschung und interdisziplinärer Ausrichtung mit dem Ziel, Beratungs- und Fortbildungsangebote für die Zielgruppe zu entwickeln (vgl. Kap. 9–11 der Arbeit).

2. Die im Forschungsprozess gewonnenen Daten werden nicht isoliert betrachtet. Sie werden als Elemente eines Prozesses interpretiert, in dem durch die Verzahnung unterschiedlicher Methoden Einfluss auf die reale Situation genommen wird. Aus den Interventionen ergeben sich Anregungen zu weiteren Projekten, die den Veränderungsprozess voranbringen (s. Kap. 10).

Projektansatz: Reflexion über die in Hospitation und Personalbefragungen erhobenen Daten mit der Zielgruppe (Datenpräsentationen). Partizipative Ansätze bei der Entwicklung von Problemlösungsstrategien. Erprobung von unterschiedlichen (Entlastungs-)Angeboten (vgl. Kap. 8–9).

3. Die problematische Situation wird als Gesamtheit betrachtet, aus der keine einzelnen Variablen aufgrund forschungsimmanenter Überlegungen isoliert werden können.

Projektansatz: Entwicklung von Angeboten unter Beachtung komplexer Einfluss- und Wirkungsfaktoren, z. B. Förderung von Kommunikation und Teamaufbau, hierarchieübergreifende Fortbildungen, psychosoziale Beratung, Suchtprävention, etc. (vgl. Kap. 9–11).

4. Die praktischen und theoretischen Ansprüche des *action-research* verlangen vom Forscher, dass er zumindest vorübergehend seine grundsätzliche Distanz zum Forschungsobjekt zugunsten einer Haltung aufgibt, die bewusst Einfluss nimmt und die von teilnehmender Beobachtung bis zur direkten Interaktion mit den Beteiligten reicht.

Projektansatz: Aufbau einer Abteilung Gesundheitsförderung *innerhalb* der Justizvollzugsanstalt. Die Rolle des Forschers (Autor) zeichnete sich dadurch aus, dass er sowohl Justizbeamter als auch Gesundheitswissenschaftler ist. Er gehörte im Projektzeitraum als Mitarbeiter und Kollege zum Personal der Anstalt (mehrjährige Abordnung vom Landgericht in die JVA). Dadurch erlebte er die Komplexität des Forschungsfeldes nicht nur als kognitive Erfahrung durch tägliche Beobachtung und Analyse, sondern auch als kontinuierliche emotionale Erfahrung durch (Mit-)Fühlen, durch seine Beteiligung in der Situation. Die Eingebundenheit (als Arbeitnehmer) in kollegiale und organisatorische Bezüge förderte die Sensibilität der Wahrnehmung des Gesamtsystems (Einblicke auf der Mikro-, Meso- und Makroebene; vgl. Kap. 4).

Durch die Vielfalt seiner Rollen¹ (Justizbeamter, Forscher, Projektleiter, Berater, Supervisor, Teamer, etc.) boten sich dem Gesundheitswissenschaftler vielfältige Möglichkeiten zur Intervention und Diskussion auf allen Hierarchieebenen. Vorteile seiner besonderen Position waren die fachliche Unabhängigkeit bei der Gestaltung von Arbeitsinhalten und Arbeitsabläufen bei gleichzeitiger Integration in die Verwaltungsstruktur als eigenständige „Abteilung Gesundheitsförderung“ (Stabsstelle) (s. Kap. 4). Dadurch hatte er Zugang zu allen Konferenzen und Dienstbesprechungen, der Aufbau und die Integration einer internen Betreuungsstruktur mit weitreichenden Einflussmöglichkeiten (Fortbildungsplanungen, Dienstvereinbarungen, usw.) sowie uneingeschränkte Möglichkeiten zur Koope-

¹ Zu Notwendigkeit und Sinn der Besetzung unterschiedlicher Rollen innerhalb von Gesundheitsförderungsprojekten vgl. Grossmann et al. 1994: 153ff. Für die JVA galt: Ein Gesundheitswissenschaftler ist ein Mensch, der ‚Gesundheits – Wissen – schafft‘. Die JVA war prädestiniert dafür, hinter ihren Mauern ‚Gesundheitswissen zu schaffen‘.

ration mit anderen Institutionen (z. B. Suchtkliniken, Fachberatungen, Polizei, Bundeswehr, etc.) wurden möglich.

5. Entsprechend sollen sich auch die Rolle der Befragten und Beobachteten sowie ihr aktuelles Selbstverständnis dahingehend entwickeln, dass sie lernen, sich als Subjekte innerhalb des Gesamtprozesses zu verstehen.

Projektansatz: Förderung von Selbstbewusstsein, Selbstwertgefühl und Selbstverantwortung durch die Einbindung der Bediensteten in Selbsthilfestrukturen wie Qualitäts- und Gesundheitszirkel, kollegiale Beratungsgruppen, Selbsthilfegruppen, Aufbau von Hilfsangeboten durch Kolleginnen und Kollegen bei besonderen Belastungen (PTSD). Unterstützung und Begleitung von sozialen Ansprechpartnern (SAP) etc. Ausdrücklich beratende Unterstützung der Bediensteten durch die Abteilung Gesundheitsförderung bei der Wahrnehmung ihrer Interessen und Rechte gegenüber Anstaltsleitung und Vorgesetzten.

Die für die Realisierung des Vorhabens geschaffene Abteilung wurde nicht ‚Projektkoordinationsstelle‘ oder ‚Projektleitung‘ genannt, sondern „Abteilung Gesundheitsförderung“, um frühzeitig für alle Beteiligten den Fokus auf ‚Gesundheit‘ zu richten.

3.3 Die Justizvollzugsanstalt aus systemtheoretischer Sicht

Bei der Initiierung des Aktionsforschungsprozesses wurde die Projektanstalt als geschlossenes System im systemtheoretischen Sinne aufgefasst. Damit wurde gewährleistet, dass bei der Entwicklung von Interventionen auf verhaltens- wie auch auf verhältnispräventiver Ebene potenzielle Reaktionen des Systems, insbesondere die durch dieses Verständnis erwartbaren Widerstände, bei der Konzeption und der praktischen Erprobung von vornherein einkalkuliert wurden: die systemtypische komplexe Bürokratie und die starre Hierarchie würden voraussichtlich die Systementwicklung ausbremsen. Es war davon auszugehen, dass sich in diesem System alle Teilbereiche (das heißt hier, die verschiedenen Berufsgruppen sowie die einzelnen Ebenen des institutionellen Aufbaus) gegenseitig beeinflussen. Dementsprechend mussten auch alle Ebenen des ‚Systems Gefängnis‘ in die Gesundheitsförderung mit einbezogen werden. Das hier skizzierte Verständnis eines Systems orientiert sich im Wesentlichen an den Überlegungen Luhmanns (1994).

Demnach besteht ein System aus Einheiten (Substanzen), welche durch Beziehungen zu einem Ganzen verbunden sind. „Das System ist die Interdependenz der Teile im Rahmen eines Ganzen. Die Art, wie die Teile zu einem Ganzen zusammengeordnet sind, macht die Struktur des Systems aus.“ (Luhmann 1994: 23) In Anlehnung an die traditionelle Organisationstheorie (Kosiol 1975) spricht Luhmann zu-

nächst von einem Zweck-Mittel-Schema, nachdem das Ganze durch einen feststehenden Zweck definiert wird, zu dem Teile des Ganzen als Mittel beitragen.

Es bedarf einer inneren Ordnung, die der Systemerhaltung dient. Eine sich verändernde Umwelt kann diesen Systemerhalt beeinflussen, wobei von einer relativen Invarianz der Systemgrenzen ausgegangen werden kann. Demnach lässt sich als System alles bezeichnen, „worauf man die Unterscheidung von innen und außen anwenden kann. [...] Die Innen-Außen-Differenz besagt, dass eine Ordnung festgestellt wird, die sich nicht beliebig ausdehnt, sondern durch ihre innere Struktur, durch die eigentümliche Art ihrer Beziehungen Grenzen setzt. Die Struktur des Systems ermöglicht zugleich, dass das System sich in einer andersartigen Umwelt gegenüber Wechselfällen relativ invariant verhält.“ (Luhmann 1994: 24)

Die Teile des Systems kommunizieren durch „Handlungen“ miteinander. In Ergänzung zum Systembegriff Parsons (1951) werden Handlungen in einem abgrenzbaren Handlungszusammenhang gesehen („boundary-maintaining action system“). „Ein Zusammenhang mehrerer Handlungen besteht, wenn die Handlungen durch ihren gemeinten oder implizierten Sinn verbunden sind, also aufeinander verweisen.“ (Parsons 1951: 42) Eine Sinnbeziehung zwischen Abgrenzung von Handlungen und Veränderungen in der Umwelt sowie die Wiederholbarkeit von Handlungen bedingen den Fortbestand eines Systems.

Zählt man zu den Handlungssystemen auch soziale Systeme, ist die Rolle des Individuums interessant. Nach Luhmann (1994) bestehen Sozialsysteme nicht aus konkreten Personen mit Leib und Seele, sondern aus konkreten Handlungen. Wesentlich ist Luhmanns Feststellung, dass Einzelpersonen jeweils Aktionssysteme eigener Art darstellen. Bei einzelnen Handlungen kann es durchaus zu einer Deckungsgleichheit von Sozialsystem und Personalsystem kommen. Ein Sozialsystem wie z. B. eine JVA besteht dann aus den Handlungen der „Aktionssysteme“, die man am ehesten als die Funktion des Einzelnen im System Gefängnis verstehen kann, z. B. des Beamten im Sinne Webers, und nicht als ganzheitliches, individuelles Wesen. Aktionssystem (also der Beamte) und Personalsystem (der Einzelne mit seinen privaten Bedürfnissen und Interessen) wären demzufolge im Allgemeinen voneinander abgegrenzt und kämen nur gelegentlich in der Arbeitswelt Gefängnis zur Deckung.

Luhmanns Analysen beziehen sich auf das organisierte soziale System, weniger auf die Persönlichkeit des ‚Organisationsmenschen‘. Auf dieses formalisierte, funktionalistische Menschenbild trifft man an vielen Stellen im System Strafvollzug. Insofern ist dieses systemtheoretische Menschenbild eine Ergänzung zur Bürokratietheorie Webers (1922). Das Personal wird bei Weber nicht als Gruppe von Individuen angesehen. Persönliche Bedürfnisse hinsichtlich der Gestaltung des Arbeitsplatzes und individuelle Ansprüche an die Arbeitsplatzzufriedenheit und das

Wohlbefinden spielen im Dienst eine untergeordnete Rolle. Vorgesetzte sehen ihre Mitarbeiter als ‚Untergebene‘ an. Sie sprechen von „der Beamtin“, von „dem Beamten“. Die Amtsbezeichnung steht vor dem persönlichen Namen. Die Amtsbezeichnung und die damit dokumentierte Stufe auf der Hierarchieleiter gliedert den Bediensteten in die Organisation ein, wobei der Bedienstete von den ‚Vorgesetzten‘ eben nur in seiner Funktion für die Institution wahrgenommen wird. Der Vorgesetzte (der seinerseits ebenfalls ein ‚Untergebener‘ ist) sieht den Untergebenen als Repräsentanten seiner sachlichen Amtspflichten und richtet seine Umgangsweise dementsprechend aus, das heißt, individuelle Bedürfnislagen sind nicht Gegenstand der Kommunikation im Dienst.

Diese Form des Umgangs mit den Bediensteten verkennet eine wichtige Einsicht, die aus der Systemtheorie hervorgeht, dass nämlich Personalsystem und Aktionssystem zwei Konstituenten des Subjektsystems sind, die nicht völlig unabhängig voneinander bestehen können: Berufliches wirkt sich auf das Privatleben aus, das Privatleben wirkt sich auf das Berufsleben aus. Das Bestreben des ‚Gesamtsystems Justizvollzug‘, die ganzheitliche Persönlichkeit mit ihren emotionalen Bedürfnissen weitgehend auszublenden, bleibt offenbar nicht ohne Folgen. Hohe Krankenstände und die Zunahme von vorzeitigen Ruheständen aufgrund psychischer Indikatoren können Indizien dafür sein, dass Berufstätigkeit in starren Organisationsstrukturen auf Dauer auch den ‚Privatmenschen‘ gesundheitlich belasten.

Es scheint, dass den Führungskräften als Sachwalter der systemischen Regeln (Sachlichkeit vor Persönlichkeit) eine besondere Rolle zukommt: Führungsstrukturen können Einfluss auf die gesundheitliche Verfassung des Personals insgesamt haben. So heißt es in der Studie „Interkommunaler Leistungsvergleich“ der Bertelsmann-Stiftung:

Sind die Mitarbeiter mit ihrem Abteilungsleiter unzufrieden, werden sie überdurchschnittlich häufig krank. Kritisiert wird an Vorgesetzten vor allem, daß sie die Mitarbeiter nicht gleich behandeln, ihnen zu wenig Mitbestimmung gewähren und Delegationsregeln mißachten. (...) Die hohen Krankenstände in der öffentlichen Verwaltung deuten darauf hin, daß viele Mitarbeiter mit ihren Führungskräften unzufrieden sind. (Bertelsmann-Stiftung, presse-info: 1998)

Die Arbeitsunzufriedenheit von Bediensteten im Strafvollzug scheint häufiger ‚Personalentwicklungen‘ zu begünstigen, an deren Ende ein ‚innerlich gekündigter‘ Bediensteter steht, Aktionssystem und Personalsystem also nicht mehr deckungsgleich sind. Aus der Anwendung systemtheoretischer Überlegungen auf eine JVA lassen sich folgende methodische Erwägungen für die Gesundheitsförderung ableiten:

Bei der Implementierung von Gesundheitsförderungsstrukturen ist es nach dem Gesagten unabdingbar, das System Strafvollzug mit allen seinen sachlichen und zwischenmenschlichen Gesetzmäßigkeiten einer eingehenden Analyse zu unterziehen. Der Bedienstete als ‚Aktionssystem eigener Art‘ soll durch psychosoziale Unterstützung befähigt werden, seine ‚Rolle‘ unter dem Aspekt von Gesundheit und Krankheit innerhalb des ‚sachlichen Systems‘ Gefängnis zu reflektieren, d. h. „vom System der Zelle über das System des Organismus und das psychische System der Person bis hin zum sozialen System (hier: Organisation oder Betrieb)“ (Friczewski 1996: 5), um selbstverantwortlich frühzeitig und präventiv Einfluss auf seinen persönlichen Gesundheitszustand zu nehmen. Bei dieser Reflexion sollte Gesundheit als ein ‚Gut‘ und als Gegenstand kontinuierlicher und umfassender Reproduktionsanstrengungen begriffen werden.

Bei der Auseinandersetzung mit den systemischen Rahmenbedingungen einer Justizvollzugsanstalt kommt aber auch der ‚Gesundheitsförderer‘ nicht umhin, frühzeitig danach zu fragen, inwieweit überhaupt Veränderungen des an sich invarianten Systems möglich sind. Gesundheitsförderung widerspricht den Gesetzmäßigkeiten der ‚totalen Institution‘: Statt Sachlichkeit und Funktionalität will sie Persönlichkeit und Individualität der Bediensteten fördern. Das System kann nun in unterschiedlicher Weise auf die Interventionen bzw. Interventionsversuche der Gesundheitsförderung reagieren, z. B.:

- Interventionen zur Förderung der Gesundheit des Personals konsequent ablehnen;
- Gesundheitsförderung vorübergehend integrieren, z. B. innerhalb von Projekten, um nach deren Beendigung ‚zum gewachsenen Systemalltag‘ ohne erkennbare nachhaltige Effekte zurückzukehren;
- Gesundheitsförderung auf Dauer integrieren, wobei Projekte entfristet werden und der gewachsene Systemalltag nachhaltige Veränderungen erfährt.

Aber auch die Integration von Gesundheitsförderung ins System kann sich unterschiedlich entwickeln:

- nur partiell z. B. ausschließliche Interventionen auf der Verhaltensebene;
- umfassend und ganzheitlich, d. h. Verhaltensebene und Verhältnisebene erfahren idealerweise gleichermaßen eine Bearbeitung;
- Gesundheitsförderung wird zum System im System, d. h. sie und ihre Protagonisten werden soweit korrumpiert, dass am Ende ein bürokratisches und hierarchisches ‚Gesundheitsförderungssystem‘ existiert, das ähnlich funktioniert wie

das Gesamtsystem Justizvollzug. Die Wirkung wäre beschränkt, da der Fokus von Aktivitäten letztendlich nur wieder auf der Verhaltensebene liegen würde.

Diese Möglichkeiten müssen in der praktischen Arbeit berücksichtigt werden, denn die Frage, inwieweit sich der ‚Gesundheitsförderungsagent‘ auf die Spielregeln des Systems einlassen, sich dem System anpassen muss, um es entwickeln zu können, ist allgegenwärtig.

3.4 Kommunikation in der Justizvollzugsanstalt

Die stark formalisierten Strukturen im System Gefängnis und deren potenzielle Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des Personals sind zwangsläufig ein Aktionsfeld für Gesundheitsförderung. Besondere Aufmerksamkeit muss man den Kommunikationsstrukturen innerhalb der Justizvollzugsanstalt widmen, denn man kann davon ausgehen, dass die formale, hierarchische und bürokratische Umgehensweise miteinander die Kommunikation stark prägt. Die spezifischen Kommunikationsstrukturen, die innerhalb des Gefängnisses herrschen, grenzen das System JVA nach außen, gegenüber der Öffentlichkeit, ab, es gibt aber auch Hinweise darauf, dass es innerhalb des Personals kommunikative Subgruppen gibt, die sich durch ihre Kommunikation voneinander abgrenzen (z. B. Verwaltungsangehörige oder Angehörige des Allgemeinen Vollzugsdienstes, vgl. Klocke (2000), s. u.).

Die Systemtheorie geht von der Beobachtung aus, dass soziale Systeme sich von ihrer sozialen Umwelt abgrenzen, um ihre Aufgaben erfüllen und ihre Aufgabenerfüllungskapazitäten aufrecht erhalten zu können. Medien dieser Abgrenzung sind besondere Inhalte und Muster einer nur den Mitgliedern geläufigen Kommunikation. (Schnabel 1998: 167)

Die sachliche, distanzierte und formalisierte Kommunikation zwischen den einzelnen Berufsgruppen innerhalb einer Justizvollzugsanstalt scheinen eine befriedigende zwischenmenschliche Kommunikation häufig zu behindern. Um diesen Problembereich sachgerecht bearbeiten zu können, war es notwendig, sich mit Grundlagen der Kommunikationstheorie zu befassen sowie über Bedeutung und Ziele von Kommunikation zu reflektieren.

Kommunikation meint Mitteilung, Verbindung, Austausch und Verkehr. Sie dient nicht bloß der Mitteilung, sondern stiftet Beziehungen zwischen Individuen und erhält sie und prägt damit die soziale Umwelt, also auch die Arbeitswelt. Zwischen Individuum und Umwelt besteht eine untrennbare Wechselbeziehung, die über Kommunikation einen Ausgleich anstrebt (Durkheim 1966, Arnold 1988). Entspre-

chend unterscheidet Watzlawick (1974) zwischen dem inhaltlichen Aspekt und dem Beziehungsaspekt von Nachrichten. Sein Begriff von Kommunikation umfasst aber nicht nur die verbale Mitteilung, sondern „alle paralinguistischen Phänomene wie z. B. Tonfall, Schnelligkeit oder Langsamkeit der Sprache, Pausen, Lachen und Seufzen, Körperhaltung, Ausdruck, Bewegungen (Körpersprache) usw. innerhalb eines bestimmten Kontextes“ – insofern ist jegliches Verhalten für Watzlawick Kommunikation (Watzlawick 1974: 51), und sobald sich zwei Menschen begegnen, findet Kommunikation statt. Watzlawick zufolge ist es unmöglich, nicht zu kommunizieren. Schnabel fasst den neueren weiten Begriff von Kommunikation folgendermaßen zusammen:

Die auf körpersprachlichen (Gestik, Mimik) und verbalen (Sprache) Austauschkontakten zwischen mindestens zwei, meistens aber mehreren gleichzeitig als Sender und Empfänger auftretenden Menschen beruhenden Akte, mittels deren Menschen ihre Handlungsfähigkeit erlernen und praktizieren, werden in der neueren Forschung als *Kommunikation* bezeichnet. Diese schließt alle Formen von körperlicher, seelischer und gesellschaftlicher Tätigkeit, nicht nur diejenigen des berufsförmig organisierten Verhaltens oder des gewinnorientierten Wirtschaftens mit ein. (Schnabel 2001: 154)

Von Thun (1991) begreift Kommunikation als ein verbales und nonverbales Wechselspiel zwischen Sender und Empfänger, dabei hat eine Nachricht stets vier Aspekte: Sachinhalt, Beziehung, Selbstoffenbarung, Appell. Er illustriert sein Modell mit dem Bild eines Eisbergs: Die „Du-Botschaft“ ist die Spitze des Eisbergs mit 1/6 der Fläche. Dagegen nimmt ein unklarer Selbstoffenbarungsgrund, der sich in der Körpersprache realisiert, 5/6 der Fläche ein. Insofern spielen körpersprachliche, nonverbale Aspekte wie Mimik und Gestik eine entscheidende Rolle, wenn zwei Individuen interagieren. Ihre Bedeutung wird noch dadurch gesteigert, dass sie von den Kommunizierenden unbewusst wahrgenommen und in den Dialog einbezogen werden. „Geglückte Kommunikation hängt nicht nur vom guten Willen ab, sondern auch von der Fähigkeit zu durchschauen, welche seelischen Vorgänge und zwischenmenschlichen Verwicklungen ins Spiel kommen, wenn ich und Du aneinandergeraten.“ (v. Thun 1991: 270) Und dieser Aspekt offenbart sich am ehesten in den nonverbalen Aspekten der Kommunikation.

Die Qualität der Kommunikation ist letztlich auch dafür entscheidend, welches Maß an Kooperation erreicht wird. Daher ist wichtig, inwieweit Interaktionspartner in der Lage sind, sich gegenseitig über eine spezielle Problematik zu informieren, einander ihre unterschiedlichen Auffassungen darzulegen sowie dabei die eigene Besorgnis zum Ausdruck zu bringen und die des anderen zu verstehen.

Wie verschiedene Untersuchungen zeigen, ist jedoch die Interaktion innerhalb des Personals im Strafvollzug sowie zwischen Gefangenen und Personal häufig gestört (z. B. Kaiser, Kerner, Schöch 1991, Klocke 2000). Klocke (a. a. O.) zufolge gibt es innerhalb einer Strafanstalt auf allen Ebenen Kommunikationsdefizite, so z. B. aus quantitativen Gründen zwischen Gefangenen und Bediensteten, also allein schon wegen der großen Menge an Sendern, denen nur eine relativ kleine Zahl von Empfängern zur Antwort gegenübersteht.

Die kommunikativ wirksame Beantwortung von Gefangenenanträgen durch das Personal ist aufgrund des Personalmangels unzureichend. Das Verstreichen von Zeit ist hierbei einer der entscheidenden Faktoren, die die Kommunikation erschweren. Entsprechend dem Sender-Empfänger-Modell steht einer Vielzahl von Sendern (Gefangene) eine kleine Gruppe von Empfängern (Vollzugsbedienstete und Fachdienste) gegenüber, die sich mit einer Flut von Medien (Anträgen) konfrontiert sehen (a. a. O.: 24).

Für den Gesundheitsförderer sind jedoch vor allem die qualitativen Probleme wichtig: so z. B. die von Klocke beobachteten „Verständigungsprobleme“ zwischen den Hierarchien, zwischen Vorgesetzten und ihren Mitarbeitern (a. a. O.: 12). Bedienstete klagen, dass Gespräche mit Vorgesetzten häufig unbefriedigend verlaufen, da sie weder richtig zuhören würden noch ein ernsthaftes Interesse am Gesprächsinhalt hätten. Praktische Relevanz für den Arbeitsalltag hat dies insofern, als Verbesserungsvorschläge ignoriert werden oder Zusagen z. B. bei hinsichtlich der Gestaltung von Dienstplänen nicht eingehalten werden.

Darüber hinaus hat Klocke in ihrer Untersuchung, in der sie, nebenbei bemerkt, die Formel vom „geschlossenem Sprachvollzug“ prägt, beobachtet, dass es innerhalb der Gefängnismauern drei Sprachgemeinschaften gibt, die sich eben durch ihre Sprache voneinander abgrenzen:

1. Die Verwaltung: Die Verwaltung ist eine juristische Sprachgemeinschaft, die sich an rechtswissenschaftlichem Fachwissen orientiert. Der Wortschatz ist geprägt durch Fachtermini, die aus Gesetzestexten und Vorschriften stammen.
2. Die Gefangenen: Die Gruppe der Gefangenen pflegt einen komplexen Wortschatz, der im Gegensatz zum juristischen Sprachgebrauch nirgends schriftlich fixiert wird. Der Wortschatz ist geprägt durch Elemente aus anderen Soziolekten außerhalb der Justizvollzugsanstalt. Charakteristisch ist die Integration von Begriffen aus der Drogenszene, aus anderen kriminellen Subgruppen und von Elementen von ‚Geheimssprachen‘ (Kassiber).
3. Vollzugspersonal, Werkdienst, Fachdienste: Die dritte Gruppe, die praktisch in verschiedenen Teilgruppen existiert, kennzeichnet sich durch einen vielseitigen

Wortschatz, der sich teilweise aus dem juristischen und teilweise aus dem Vokabular der Gefangenen speist. Die Fachdienstangehörigen bringen zudem ihr Fachvokabular in Gespräche ein. Diese dritte Gruppe ist die flexibelste, wenn es darum geht, ihre Sprache einer Situation anzupassen. Durch ihre Fähigkeit zum Code-Switching kann diese dritte Gruppe einen ‚sozialen Puffer‘ im Konflikt zwischen Gefangenen und Verwaltung“ darstellen (vgl. Klocke 2000: 22).

In der alltäglichen Kommunikation mit der ersten Gruppe entstehen Übersetzungsprobleme für die Bediensteten der Gruppe 3 und Verständnisprobleme für die Gefangenen (Gruppe 2). „Die Verwaltungsangehörigen nehmen ihre Texte unter administrativen Gesichtspunkten als brauchbar wahr, während die Bediensteten, in der Rolle der ‚Übersetzer‘ eine Textoptimierung wünschen. Der Gefangene erfährt eine ‚Leserhilflosigkeit‘ (Klocke 2000: 24).

Auffällig war auch die kommunikative Zurückhaltung, die in der Projektanstalt von den Bediensteten des AVD z. B. bei Dienstkonferenzen an den Tag gelegt wurde: Sie traten bei Konferenzen ‚traditionell‘ selten verbal in Erscheinung, hielten sich häufig auch bei Fragen zum Haftverlauf oder zur Persönlichkeit eines Gefangenen zurück bzw. wurden gar nicht erst angesprochen. Das heißt, sie waren zwar die einzige Gruppe, die quasi rund um die Uhr Gefangenenkontakt hatte, trotzdem fanden ihre Erfahrungen und Beobachtungen in Konferenzen in der Regel nur periphere Beachtung. Stattdessen dominierten und entschieden für gewöhnlich die Vertreter der Verwaltung (Gruppe 1), Klocke zufolge also der Sprachgemeinschaft, die in ihrem Alltagshandeln am wenigsten (und den verklausuliertesten) Kontakt zu den Gefangenen hat. „Gemessen an der kommunikativen Kontaktzeit, welche die Konferenzteilnehmer jeweils mit dem entsprechenden Gefangenen verbringen, verfügt jedoch der Bedienstete (des AVD – Anmerkung des Autors) über die größte Interaktionserfahrung mit dem Gefangenen und somit über das größte Gesprächswissen.“ (Klocke 2000: 25). Gerade an dieser Stelle wirken Kommunikationsdefizite negativ auf die Organisations- und Entscheidungsstrukturen und damit auf die Effizienz der Arbeit zurück.

Klockes Arbeit lässt also auf massive Verständigungsschwierigkeiten zwischen den interagierenden Gruppen in der Projektanstalt, aber auch in Gefängnissen allgemein schließen. Neben den Schwierigkeiten, die sich daraus für die Organisation ergeben, scheinen dadurch auch Unwohlsein und Stress bei Bediensteten ausgelöst zu werden. Es kann hier kaum die Rede von einer geglückten Kommunikation in Hinsicht auf Gleichberechtigung, Akzeptanz und persönlicher Entwicklung, von der Erfüllung emotionaler, kreativer und intellektueller Bedürfnisse sein, im Gegenteil scheint es für die Kommunikation im Strafvollzug kennzeichnend zu sein, dass die Bediensteten derartige Bedürfnisse unterdrücken müssen.

3.5 Rollentheorie und (Berufs-)Rollen in der Justizvollzugsanstalt

Mit der Bearbeitung der vorherrschenden Kommunikationsstrukturen ging auch die Auseinandersetzung mit den bestehenden Rollenmustern innerhalb des Justizvollzugspersonals einher, denn auch die Diskrepanz zwischen Rollenerwartung und Rollenerfüllung hat ungünstigen Einfluss auf Kommunikation und Arbeitszufriedenheit.

Der Begriff der sozialen Rolle fasst die Zuschreibungen an Individuen zusammen, die es erfüllen muss, um einem bestimmten Muster, etwa dem ‚männlichen‘ oder ‚weiblichen‘ (Geschlechterrolle), zu entsprechen, und dient dazu, regelmäßiges soziales Verhalten zu erklären (Parson 1968, Brähler et al. 1992). Soziale Rollen sind also Bündel von normativen Verhaltenserwartungen (gegenüber dem Inhaber einer Position), die mit bestimmten inneren und äußeren Sanktionsandrohungen ausgestattet sind, um bis zu einem gewissen Grad ein rollenkonformes Verhalten zu garantieren (Dreizel 1968: 110; Siegrist 1988: 92ff). Die Rolle, die man ‚spielen‘ soll, muss durch Sozialisation eingeübt bzw. gelernt werden (vgl. Dahrendorf 1974: 56f).² Goffmann (1976) vergleicht die Umgangsweise von Individuen und Gruppen miteinander mit einer Bühne, die sich in Vorder- und Hinterbühne aufteilt. Sie besteht aus Darstellern, Publikum, Außenseitern, Kulissen und Fassaden. In diesem Gefüge hat jeder seine Rolle und spielt sie, so gut er kann.³ Dieses Bild überträgt er auch auf soziale Organisationen. Damit eine Organisation reibungslos funktioniert, müssen die ‚Darsteller‘ bestimmte Bedingungen erfüllen: So müssen Erscheinungen mit ihrem Verhalten übereinstimmen und mit dem Bühnenbild bzw. der Fassade kohärent sein. Um diesen Zusammenhang herzustellen, ist es notwendig, „eine große Anzahl verschiedenartiger Handlungen durch eine kleine Anzahl von Fassaden darzustellen“ (Goffman 1976: 27). Daraus folgt, dass bei einer Rollenzuweisung und Rollenübernahme die daraus resultierenden Aufgaben und deren Lösungen mit den entsprechenden Fassaden (die in diesem Kontext als individuelle ‚Verhaltensmaskierungen‘ verstanden werden sollen) korreliert werden müssen. Die gelungene Kombination

² Vgl. Dahrendorf 1974: 56f: „Bevor der Einzelne aber seine Rolle spielen kann, muß er sie kennenlernen; wie der Schauspieler muß auch das gesellschaftliche Wesen Mensch seine Rollen lernen, sich mit ihrem Inhalt und ihren Sanktionen vertraut machen. Hier begegnen wir einem zweiten Grundmechanismus der Gesellschaft, dem Prozeß der Sozialisierung durch Verinnerlichung von Verhaltensmustern.“

³ Interessant ist hier die große Nähe der Beschreibung zur Definition eines Settings im Sinne des Setting-Ansatzes (s. Kap. 3.1).

von Rolle und Fassade ist der bestimmende Faktor für die Effektivität und den Effizienzstatus bei der Lösung eines Problems bzw. der gestellten Aufgabe. „Fassadenflexibilität“ beschreibt die Fähigkeit, seine individuelle Maske den jeweiligen Erwartungen anzupassen. Gelingt die Vermittlung zwischen Rolle und Fassade nicht, so kann es zu „Rollenkonfusion“ (Goffman 1976) kommen und damit zur Verringerung von Effektivität und Engagement.

Da Fassaden meist gewählt und nicht geschaffen werden, müssen wir damit rechnen, daß Schwierigkeiten auftreten, wenn diejenigen, die eine bestimmte Aufgabe erfüllen, gezwungen sind, unter mehreren unterschiedlichen Fassaden eine geeignete auszuwählen. (Goffman 1976: 28)

Bei einer Justizvollzugsanstalt besteht das ‚Bühnenbild‘ aus den Gebäuden und den unterschiedlichen Arbeitsbereichen innerhalb der Anstalt. Darin agieren die Justizvollzugsbediensteten in ihren zugewiesenen Rollen, beispielsweise als Angehörige des AVD oder der Fachdienste. Bei der Erfüllung dieser Rollen erfordert der Arbeitsalltag gerade von diesen beiden Gruppen unterschiedliche Fassaden: Z. B. müssen sie einerseits die Rolle eines Resozialisierungshelfers im behandelnden und resozialisierenden Strafvollzug übernehmen, während sie andererseits durch Kontrolle und Aufsicht die Sicherheitsbedürfnisse der Gesellschaft wahren sollen. Aus dieser Polarität können sich „Rollendiskrepanzen“ (Covin 1991) und Rollenkonflikte entwickeln.

Molitor (1987) hat in einer Erhebung in drei geschlossenen Justizvollzugsanstalten in NRW die Bediensteten des Allgemeinen Vollzugsdienstes (AVD), die Angehörigen der Fachdienste und die Anstaltsleitungen zu ihrem Rollenverständnis befragt. Es zeigte sich, dass eine allgemeine Rollenklarheit beim AVD in Bezug auf die Wahrnehmung von Sicherheits- und Ordnungsaufgaben besteht. Unklarheit besteht bei der untersuchten Gruppe, wenn es um den Grad der Mitwirkung im Rahmen der Resozialisierungsbemühungen bei Inhaftierten geht. Ein Grund dafür war die Wahrnehmung der Befragten, dass sich durch die gesetzlichen Grundlagen und Dienstvorschriften oft widersprüchliche Arbeitsaufträge ergeben. Weiter zeigten sich auch Unklarheiten über die Rolle des AVD in der Zusammenarbeit mit den Fachdiensten wie Sozialarbeitern und Psychologen. Angehörige des AVD fühlten sich durch die Fachdienste instrumentalisiert. Sie erhielten widersprüchliche Handlungsanweisungen, die sich sowohl auf sicherheitsrelevante als auch auf pädagogische Aspekte beziehen konnten: Muss einem Gefangenen Unangenehmes wie z. B. die Ablehnung einer Vergünstigung mitgeteilt werden, werden Angehörige des AVD damit beauftragt, weil damit gerechnet wird, dass der Gefangene eventuell renitent wird und unter Einsatz körperlichen Zwangs ruhig gestellt werden muss. Positive Nachrichten

werden dem Gefangenen jedoch im Einzelgespräch durch den zuständigen Angehörigen des Fachdienstes oder der Abteilungsleitung verkündet. Würde der AVDLer als Resozialisierungshelfer ernst genommen, müsste er auch die positiven Nachrichten überbringen, schon um seine Akzeptanz durch den Gefangenen als Betreuer zu stärken. In der gegenwärtigen Praxis wird jedoch seine Funktion als Bewacher akzentuiert.

Die Fachdienste empfinden eine ähnliche Zwitterposition im Umgang mit Anstalts- und Verwaltungsleitungen: Aus Sicht der Leitung sollen die Fachdienste primär die Sicherheits- und Ordnungsregeln im Umgang mit den Gefangenen einhalten, alle psychosozialen Maßnahmen sollen dem Primat Sicherheit untergeordnet werden. Diese Vorgaben kollidieren häufig mit dem Rollenverständnis der Sozialberufler. Sie fühlen sich insgesamt bei pädagogischen oder psychosozialen Interventionen von der Führung wenig unterstützt. Klocke (2000) stellt dazu in ihrer Untersuchung fest, dass sich Fachdienstangehörige mitunter als „kommunikative Dummies“ verstehen.

Bemerkenswert ist auch bei den Fachdiensten die Diskrepanz zwischen dem Auftrag, der ihre Rolle bestimmt und begründet (pädagogische oder psychosoziale Interventionen), einerseits und ihrer wahrgenommenen vermeintlich wahren Funktion in der Praxis des Strafvollzugs, einer „Feigenblattfunktion“, andererseits. Die damit einhergehende Frustration und Belastung äußert sich in einem Selbstverständnis etwa als Schwimmer in einem Ozean, die sich gegenseitig ‚Halt durch‘ zurufen. Es steht zu erwarten, dass nach einer langjährigen Tätigkeit in einem Gefängnis unter diesen Bedingungen die persönliche Berufsrolle von Zerrissenheit und auch Ausweglosigkeit gekennzeichnet ist und dass diese Situation Burnout-Symptome auch bei den Fachdiensten begünstigen kann.

Zum Problem der Ambiguität ihrer beruflichen Rolle gesellt sich noch ein weiterer Aspekt: Viele Bedienstete sehen ihre Berufstätigkeit durch die Öffentlichkeit wenig anerkannt (vgl. Dolde 1990 und 1999). Insofern zeichnet sich hier eine tendenzielle Doppelproblematik aus Rollenunsicherheiten am Arbeitsplatz und der geringen sozialen Anerkennung außerhalb der JVA ab.⁴ Auch in der Projektanstalt waren Probleme mit der Berufsrolle häufig Thema, ebenso wie das Unvermögen, sich auf

⁴ Immer wieder wird in Zeitungsmeldungen unreflektiert von „Schließern“ und „Wärtern“ gesprochen. Gefängnisse werden mit „Hotelvollzug“ charakterisiert, die Unsummen an Steuergeldern verschlingen, ohne dass ein Nutzen für die Gesellschaft erkennbar würde (z. B. durch Abschreckung und einen nachhaltigen Rückgang der Kriminalität). Differenzierung nach Berufsgruppen innerhalb der Gefängnisse und Spezialaufgaben findet in den Medien selten statt. – Aber auch die Verantwortlichen im Justizvollzug haben es bisher weitgehend versäumt, durch Öffentlichkeitsarbeit für ihre Arbeit zu werben und über sie aufzuklären. Der Justizvollzug scheut sich noch stark vor der Öffentlichkeit und verbirgt sich hinter hohen Mauern und Zäunen.

institutioneller und persönlicher Ebene konstruktiv damit auseinander zu setzen: Stattdessen begünstigen unklare Aufträge, fehlende Stellenprofile, ungeklärte Zuständigkeiten und Kompetenzen, ein unzureichender Ausbildungs- und Fortbildungsstand sowie fehlende Leitbilder bei immer mehr Bediensteten Rollenkonfusionen.

Die Rollenerwartungen, die zu lernen unsere Gesellschaft uns auferlegt, können unser Wissen vermehren, sie können uns aber auch zu Verdrängungen zwingen, in Konflikte führen und damit im tiefsten berühren. (Dahrendorf 1974: 58)

Man kann davon ausgehen, dass Rollenunsicherheit und defizitäre Kommunikation am Arbeitsplatz nicht nur die Arbeitszufriedenheit beeinflussen, sondern auf die Dauer die Bediensteten ‚stressen‘, als latente Stressoren unter anderen Einfluss auf das persönliche Wohlbefinden und damit auf die Gesundheit des Einzelnen nehmen.

3.6 Stresstheorie und Stress in der Justizvollzugsanstalt

Stress ist als eine besondere Art der Beziehung zwischen einer Person und ihrer Umwelt anzusehen (Lazarus 1981). Die Analyse von Stressoren kann zur Klärung dieser Beziehung beitragen und vor allem einen Beitrag zur Bewältigung (Coping) und damit zu einer positiven Veränderung der Beziehung zwischen der Person und ihrer Umwelt leisten. Der Arbeitsalltag in einer Justizvollzugsanstalt wird durch viele Stress auslösende Bedingungen geprägt, und es ist nach dem eben Gesagten notwendig, diese Stressoren und die Stressreaktionen bei den Bediensteten zu analysieren, um Bewältigungsstrategien zu entwickeln und beispielsweise im Rahmen von Stressbewältigungstrainings zu vermitteln.

Für das Verständnis des Stressgeschehens beim Personals einer JVA hat sich u. a. Hans Selyes (Ur-)Definition von Stress aus dem Jahre 1936 bewährt. Er beschreibt Stress als

die Belastungen, Anstrengungen und Ärgernisse, denen ein Lebewesen täglich durch viele Umwelteinflüsse ausgesetzt ist. Es handelt sich um Anspannungen und Anpassungszwänge, die einen aus dem persönlichen Gleichgewicht bringen können und bei denen man seelisch und körperlich unter Druck steht. (Selye in Vester 1978: 15)

Für Selye (19768) ist Stress „die unspezifische stereotype Reaktion des Organismus auf jede Anforderung“, wobei ein wichtiges Moment die Anpassung von Aktivität und Energie an die Erfordernisse ist. Menschen sind in unterschiedlichem Maßen mit dieser Adaptionsenergie ausgestattet. Der biologische Zweck der Stressreaktion wird

allgemein in der schnellen Bereitstellung von Energie für Flucht oder Kampf gesehen (Cooper 1989: 49f).⁵

Dem interaktionistischen handlungspsychologischen Ansatz von Lazarus (1966) zufolge entwickelt sich Stress dann, „wenn die Bewertung einer Situation, der sich ein Individuum ausgesetzt sieht, als Bedrohung erfolgt. Die Bedrohungseinschätzung ist dann gegeben, wenn für das Individuum ein negatives Ergebnis zu erwarten ist.“ (Lazarus 1966: 18) Die Situationseinschätzung ist dabei die ‚primäre Bewertung‘, in der sekundären Bewertung erfolgt die Einschätzung der individuellen Chance zur Bewältigung der bedrohlichen Situation (Coping). „Unter Coping werden alle Handlungen zusammengefasst, die eine Person in der Absicht vollzieht, die Bedrohlichkeit einer Situation zu beenden.“ (Poeschel 1981: 11, Otto 1978: 74) Die Bewältigung kann auf zwei Weisen geschehen: 1. *aktiv*, durch Handeln der Betroffenen, um die Bedrohung zu beseitigen oder zu reduzieren; 2. *kognitiv*, durch Aktion in Form der Bewältigung über Erkenntnis und Neubewertung oder Verdrängung und Abspaltung ohne direkte Handlung (Lazarus 1966, Scheuch et al. 1989: 18ff).

Stress dient also primär der Lebenserhaltung und ist insofern positiv. Wichtig ist jedoch das Verhältnis zwischen Anspannung und Entspannung. Schafft es ein Individuum nicht, permanenten Stress durch geeignete Coping-Strategien zu bewältigen, setzt es sich der Gefahr der Chronifizierung von negativen Stressfolgen aus (Somatisierungen wie z. B. ein Magengeschwür). Selye (1978) unterscheidet daher zwischen „Distress“ als negativem, belastendem und schädlichem Stress und „Eustress“ mit leistungsfördernden, ausgleichenden und positiven Wirkungen.

Selyes Unterscheidung zwischen aktiver und kognitiver Bewältigung sagt noch nichts darüber aus, welche kognitiven Prozesse für die Stressbewältigung maßgeblich sind – hier sind die Bestimmungen von McGrath (1970) hilfreich, dessen „Imbalance-Modell“ Stress ebenfalls als Effekt einer gestörten Beziehung zwischen dem Individuum und der Umwelt ansieht (neben den Effekten durch eine individuelle Disposition für Stress). Als Ursachen für diese Störung vermutet McGrath Zusammenhänge zwischen persönlichen Erwartungen, äußeren Anforderungen und der Erfüllung dieser Erwartungen und Aufgaben durch den Betroffenen. Bei einem Ungleichgewicht zwischen Erwartung und Erfüllung entsteht Stress. Auch die Interaktion zwischen Individuen hat je nach Art der Bewältigung mehr oder weniger Stress auslösende Wirkung. Wie stark belastend Stress ist, hängt davon ab, ob Kommunikation mit gleichermaßen Betroffenen stattfindet und ob soziale Unterstützungssys-

⁵ Neben der physiologisch orientierten Stresstheorie von Selye (1976) stehen die medizinischen und psychosomatischen Ansätze wie beispielsweise das persönlichkeits-psychologisch orientierte Stresskonzept mit den Definitionen der Risiko-Persönlichkeit, Typ A-Verhalten und verschiedene Angsttheorien (Baumann 1974, v. Eiff 1978).

teme vorhanden sind, die zur Stabilisierung z. B. des Selbstwertgefühls, der Arbeitsmotivation und des Wohlbefindens beitragen können.⁶ In der Vergangenheit standen in der Projektanstalt soziale Unterstützungssysteme nach außergewöhnlichen Ereignissen wie Suizid von Gefangenen oder Gewaltanwendungen, die für die Bediensteten in der Regel besonders belastend waren, nicht zur Verfügung, daher sind wiederholt Bedienstete krankheitsbedingt kurz- oder langfristig ausgefallen, wie sich aus Beratungsgesprächen ergab. Dem menschlichen Grundbedürfnis nach Ansprache und Unterstützung wurde weder durch Vorgesetzte noch durch Kollegen entsprochen, nicht zuletzt deshalb, weil bei Vorgesetzten und Bediensteten praktisch kein Wissen über das Traumatisierungspotenzial von Stress und posttraumatische Belastungsstörungen vorhanden war (Kap. 11).

Regelmäßige Merkmale für Stress sind Beeinträchtigung des Wohlbefindens, gesundheitliche Störung oder Schädigung (arbeitsbedingte Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Stütz- und Bewegungsapparates, der Atmungsorgane und auch psychiatrische und psychovegetative Erkrankungen), Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit, Veränderung des Verhaltens (Ungeduld, Nervosität, Aggression, Genussmittelmissbrauch, Ausweitung der persönlichen Suchtstruktur) (Scheuch et al. 1989: 27f, Kentner in BzGA 1989: 71ff, Friczewski 1996).

Es steht allerdings keineswegs sicher fest, unter welchen Bedingungen und in welchem Maße Stress entsteht. Zwar schreibt Selye dem Stressor eine nicht zu belegende objektive und gesetzmäßige Wirksamkeit zu, die so aber nicht zu belegen ist. Im Gegenteil scheint es so zu sein, dass sich Spannungszustände bei verschiedenen Menschen unterschiedlich auswirken, und es kann bislang nicht vollständig geklärt werden, warum sie unter bestimmten Bedingungen bei den einen zu Stress führen und bei den anderen nicht, sondern sogar zum Wohlbefinden beitragen können. Scheinbar hängt die Wirkung eines Stressors von der subjektiven Wahrnehmung, von biographischen Faktoren (z. B. Erwartungshaltungen und Erwartungserfüllung im Elternhaus) und individuellen Bewältigungsstrategien (Coping) ab. Daher ist es sinnvoll, jeweils auf den Einzelfall einzugehen, statt den Fokus nur auf häufig nachweisbare Stressoren zu legen. Diese Maxime war auch Grundlage für die Arbeit zum Stressgeschehen in der Projektanstalt, wo das Stressproblem in erheblichem Umfang und mit all seiner Komplexität präsent war.

⁶ McGrath' Konzept fand schon früh Anerkennung und wurde z. B. in einer Broschüre der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) mit dem Titel „Achten Sie auf Ihre innere Balance“ (1998) in Form von lebenspraktischen Tipps zur täglichen Stressbewältigung verarbeitet.

3.7 Gruppendynamik und Beziehungen in der JVA

Kommunikation, Rollenverhalten und auch Stressverhalten bzw. Stressbewältigung sind Elemente, die Interaktion und Dynamik von Beziehungen unter den Bediensteten stark prägen. Die täglichen Erfahrungen jedes Einzelnen mit sich selbst und seinen ‚Mit-Arbeitern‘ sowie die klimatischen Bedingungen in der Anstalt lassen im kleinen Team wie in der Gesamtheit der ‚Belegschaft‘ eine spezifische Dynamik entstehen, die auch wieder auf die Teams und die Gemeinschaft zurückwirkt. Es lag nahe, auf diese unter dem Begriff Gruppendynamik gefassten Prozesse zu reflektieren, um dadurch eine positive Veränderung anzustreben.

In diesem Zusammenhang bezieht sich der Begriff Gruppendynamik auf Lewins (1963) Definition, der zufolge überall, wo Menschen in Gruppen auf der Grundlage von (Arbeits-)Beziehungen zusammentreffen, sich gruppenspezifische Prozesse entwickeln. Diese Dynamik wird z. B. durch Organisation, Hierarchie und Kommunikation in der jeweiligen Gruppe beeinflusst. Däumling (1988) haben den Begriff Gruppendynamik weiter entwickelt. Sie verstehen

- Gruppendynamik als eine im wesentlichen wissenschaftlich fundierte und, soweit möglich, kontrollierte praxisbezogene Methodik, die
- die Arbeit in Berufsgruppen und das Zusammenleben im Privatbereich verbessern will,
 - die durch Erziehung, Sozialisation und herrschende Normgefüge verursachten Persönlichkeitsbeeinträchtigungen auszugleichen versucht,
 - das in Zweierbeziehungen, Gruppen, Organisationen bestehende Konfliktpotential nicht leugnet, sondern deutlich macht, unter Wahrung der bestehenden Interessen benennt und auszutragen versucht (Däumling 1988: 11f).

Die gruppenspezifischen Prozesse haben für die Arbeitswelt besondere Bedeutung. Gestörte Dynamik in Arbeitsgruppen kann dazu führen, dass sich zwischenmenschliche Spannungen und damit auch qualitative Einbußen in der Arbeitsleistung einstellen. Durch Kommunikation kann sich dagegen ein intensives Miteinander entwickeln. Insofern kann Gruppendynamik eine „Hoffnung auf einen neuen Weg, sich selbst und andere zu befreien“ sein (Richter 1972 in Bosetzky/Heinrich 1989: 156).

In hierarchischen Organisationen, insbesondere in Gefängnissen (die man den sozialen Einrichtungen zurechnen kann, in denen Beschäftigte in erster Linie ihre persönlichen und sozialen Kompetenzen als ‚Arbeitsmittel‘ einsetzen müssen), finden gruppenspezifische Prozesse in der Regel wenig reflektiert statt. In hierarchischen, autoritären Führungsstrukturen wird das Erleben des Einzelnen z. B. in der Arbeitsgruppe als nicht relevant für dienstliche Obliegenheiten oder Entscheidungen ange-

sehen. (Hierarchische) Führung reduziert sich da auf Anweisungen und die Erwartung, dass die Anweisungen auch ausgeführt werden. Fehlende Sozialkompetenz im Führungsverhalten wirkt sich oft negativ auf Strukturen und klimatische Verhältnisse innerhalb von Arbeitsgruppen aus. Daher sollte nach Lewin (1963) die Ausbildung von Führungskräften die Entwicklung von ‚sozialer Sensibilität‘ schärfen. „Der gute Führer ist fähig und bereit, subtile Veränderungen in der Atmosphäre wahrzunehmen, und seine Beobachtungen sozial bedeutsamer Vorgänge sind richtiger.“ (Lewin 1963: 32).⁷ Aber nicht nur Vorgesetzte sollten für gruppensdynamische Entwicklungen sensibel sein, sondern sämtliche Bediensteten. Idealerweise werden sie befähigt, ihre persönliche Rolle innerhalb des Anstaltsgefüges zu definieren und darüber hinaus gruppensdynamische Prozesse in ‚ihrer‘ Organisation nicht nur zu beobachten, sondern sich auch aktiv einzubringen. Dadurch würden Eigeninitiative (Selbstmanagement) und ein selbstbewussterer Umgang mit den vorhandenen Anstaltsstrukturen gefördert. Die Abteilung Gesundheitsförderung in der Projektanstalt versuchte, dieses Ziel unter anderem durch Teambesprechungen und die Initiierung von Qualitätszirkeln zu erreichen.

3.8 Public Health und die Salutogenese

Als wichtige Ergänzung der oben diskutierten Instrumente zur Analyse der Arbeitswelt Strafvollzug soll an dieser Stelle das Modell der Salutogenese des Medizinsoziologen Aron Antonovsky (1979) genannt werden. Antonovsky fragt nach den sozialen Voraussetzungen gelungener (salutogener) Anpassung an eine potenziell riskante Umwelt. Ihn interessiert weniger, welche Faktoren den Menschen krank machen, sondern, welche ihn gesund erhalten, welche Bewältigungsstrategien Menschen in absolut pathogenen Strukturen entwickeln und wie sie es schaffen, in einer völlig aussichtslosen Lebenslage psychisch und physisch gesund zu bleiben. Grundlage für sein Modell der Salutogenese war eine Beobachtung bei Überlebenden von Konzentrationslagern: Bei Untersuchungen zur emotionalen Gesundheit machte Antonovsky die faszinierende Entdeckung, dass gut ein Drittel der befragten ehemaligen Holocaust-Opfer „über eine insgesamt recht gute emotionale Gesundheit verfügten“ (Antonovsky 1987).

Den absolut unvorstellbaren Horror des Lagers durchstanden zu haben, anschließend jahrelang eine deplazierte Person gewesen zu sein und sich dann ein neues Leben in

⁷ Die Sensibilisierung von Führungspersonal für gruppensdynamische Prozesse war daher auch Gegenstand der Fortbildung „Organisation – Zusammenarbeit – Behandlung – Dynamik von Beziehungen“ innerhalb des Justizvollzugs NRW (s. Kap. 7.3).

Annahme in Bezug auf	Pathogenetisches Modell	Salutogenetisches Modell
Selbstregulierung des Systems	Homöostase	Überwindung der Heterostase*
Gesundheits- und Krankheitsbegriff	Dichotomie	Kontinuum
Reichweite des Krankheitsbegriffs	Pathologie der Krankheit, reduktionistisch	Geschichte des Kranken und seines Krankseins, ganzheitlich
Gesundheits- und Krankheitsursachen	Risikofaktoren, negative Stressoren	„Heilsame“ Ressourcen, Kohärenzsinn
Wirkung von Stressoren	potenziell krankheitsfördernd	Krankheits- und gesundheitsfördernd
Intervention	Einsatz wirksamer Heilmittel („Magic bullets“, „Wunderwaffen“)	Aktive Anpassung, Risikoreduktion und Ressourcenentwicklung
* Heterostase: Ungleichgewicht, fehlende Stabilität, Gegenteil von Homöostase		

Tab. 1: Grundlegende Annahmen des Pathogenetischen und des Salutogenetischen Modells (aus: Noack 1997: 95)

einem Land aufzubauen, das drei Kriege erlebte ... und dennoch in einem angemessenen Gesundheitszustand zu sein! (Antonovsky in Franke 1997: 15).

Sein Ansatz kritisiert die reduzierte pathogenetisch-kurative Betrachtungsweise von Gesundheit und Krankheit des vorherrschenden Denkmodells in der Schulmedizin. Er möchte die dichotome Klassifizierung von Krankheit und Gesundheit überwinden und sieht stattdessen ein multidimensionales Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Es geht auch weniger um die Ätiologie einer Krankheit, sondern mehr um den Menschen in seiner ganzen Erscheinung. Die Analyse von belastenden Stressoren soll nicht primär deren Bekämpfung dienen, sondern ihre potenziellen positiven Wirkungen sollen festgestellt werden. Somit stellt sich für Antonovsky (1979) nicht die Frage nach einer ‚Wunderwaffe‘ gegen Krankheit, sondern die nach der Integration negativer Entropien in einen Gesamtkontext von Krankheit und Gesundheit. Antonovsky sieht seine Überlegungen nicht in Konkurrenz zum Modell der Pathogenese, sondern als notwendige und überfällige Ergänzung (s. Tab. 1). Für ihn stehen beide Modelle in einer „komplementären Beziehung“ (vgl. Antonovsky 1988, Franke: 1997: 30f).

Antonovsky (1979) stellte sich die Frage, warum verschiedene Menschen bei gleichen äußeren Umständen gesundheitlich verschieden reagieren. Offenbar hat jeder Mensch individuelle Reaktionsmuster und Bewältigungsstrategien (ähnlich der Feststellungen in der Stresstheorie). Antonovsky (1979) führt dies insbesondere auf ein individuell unterschiedlich stark ausgeprägte Kohärenzgefühl (*sense of coheren-*

ce, SOC) zurück: Kohärenz bedeutet soviel wie Zusammenhang und Stimmigkeit und beschreibt bei Antonovsky die allgemeine Haltung eines Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben. Das deutsche Wort ‚Weltanschauung‘ entspricht dem in etwa:

(...) eine grundlegende Lebenseinstellung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß jemand ein alles durchdringendes, überdauerndes und zugleich dynamisches Gefühl der Zuversicht hat, dass seine innere und äußere Erfahrungswelt vorhersagbar ist und eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass sich die Angelegenheiten so gut entwickeln, wie man vernünftigerweise erwarten kann. (Antonovsky 1979: 82).

Jedes Individuum hat ein mehr oder weniger stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl: Eine Person ist umso gesünder oder wird nach einer Krankheit umso schneller wieder gesund, je ausgeprägter ihr Kohärenzgefühl ist. Allerdings ist diese Grundeinstellung zum Leben dynamisch: Lebenserfahrungen prägen das Kohärenzgefühl, das wiederum auf die Lebenserfahrungen zurückwirkt. Um diese Bedingtheit des Kohärenzgefühls deutlicher zu fassen, spricht Antonovsky (1979) hier auch von „dispositionaler Orientierung“, was darauf hinweist, dass es sich um ein relativ überdauerndes Merkmal handelt.

Menschen, die die Welt als zusammenhängend und sinnvoll erleben, tun dies nach Antonovsky (1979) auf drei Ebenen:

1. Gefühl von Verstehbarkeit (*sense of comprehensibility*): Diese Menschen sind fähig, alle Formen von Stimuli als geordnete, konsistente, strukturierte Informationen wahrzunehmen und nicht als einfach willkürliche, zufällige, chaotische und unerklärliche Reize. ‚Verstehen‘ ist ein kognitiver Aspekt.
2. Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (*sense of manageability*): Die Überzeugung, dass Probleme und Schwierigkeiten lösbar sind. Dies wird auch als ‚instrumentelles Vertrauen‘ definiert, bei dem der Mensch davon ausgeht, dass er geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen erfolgreich zu begegnen. Antonovsky bezieht dies nicht nur auf persönliche Ressourcen und Kompetenzen, auch der Glaube an die Unterstützung durch andere Personen oder höhere Mächte (bis hin zur Magie) bei der Problemlösung ist hier wichtig. Handhabbarkeit beschreibt damit ein kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster (vgl. Antonovsky 1979, Franke 1997: 34f).
3. Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (*sense of meaningfulness*): Damit ist nicht die Frage nach dem Sinn des Lebens im philosophischen oder metaphysischen Sinn gemeint, sondern ein ‚Alltagsbezug‘, die Erfahrung von Sinn, die ein Individuum durch sein tägliches Handeln erfährt:

Das Ausmaß, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet: Daß wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, daß man Energie in sie investiert, daß man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, daß sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wäre. (Antonovsky 1988, Franke 1997: 36)

Antonovsky (1979) strebt die Überwindung der dichotomischen Trennung von Krankheit und Gesundheit an. Er sieht stattdessen eher fließende Übergänge innerhalb eines Kontinuums mit den Polen völlige Gesundheit = körperliches Wohlbefinden (*total wellness, health-ease*) und völlige Krankheit = körperliches Missempfinden (*total illness, dis-ease continuum*; s. Tab. 2).

Gesundheit	Krankheit
total wellness	total illness
health-ease	dis-ease

Tab. 2: Das Kontinuum im Salutogenetischen Modell

Die beiden Pole völlige Gesundheit und völlige Krankheit gibt es in Wirklichkeit allerdings nicht: Auch wenn ein Mensch sich überwiegend als gesund erlebt, hat er auch kranke Anteile. Und solange er lebt, müssen Teile von ihm auch gesund sein: „Wir sind alle terminale Fälle. Aber solange wir einen Atemzug Leben in uns haben, sind wir alle bis zu einem gewissen Grad gesund.“ (Antonovsky 1989: 53)

Antonovskys (1979) Annahmen zum Kohärenzgefühl haben für die Praxis der Krankheitsprävention möglicherweise nur eine begrenzte Wirkung, da sie davon ausgehen, dass der SOC-Wert von vielen Faktoren beeinflusst wird und sich mit zunehmendem Lebensalter stabilisiert. Idealerweise bildet sich schon während des Heranwachsens ein stabiler SOC, der hilft, kritische, mit hohem Krankheitspotenzial behaftete Lebensereignisse zu bewältigen. Wenn sich der SOC nicht besonders stark ausprägen konnte, wird es der Erwachsene schwerer haben, in schwierigen Situationen Stabilität zu zeigen.

Diese Erkenntnis muss bei der Entwicklung von Ansätzen zur präventiven Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt berücksichtigt werden. Erfahrungsgemäß sind Veränderungen dort mitunter nur durch nachhaltige Interventionen und langfristige Begleitung der Entwicklung möglich. Gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen müssen ein breites Spektrum an individuellen und sozialen Faktoren berücksichtigen und bearbeiten. So helfen beispielsweise intakte Kommunikations- bzw. Interaktionsstrukturen am Arbeitsplatz, auch im Erwachsenenalter noch einen stärkeren *sense of coherence*, der als wesentliche salutogene Ressource betrachtet wird, zu

entwickeln⁸, der im Falle von belastenden Ereignissen dem Betroffenen dann zu einem größeren Bewältigungspotenzial verhilft.

Das Modell der Salutogenese kann für die (betriebliche) Gesundheitsförderung insofern großen Nutzen haben, als es im Gegensatz zum einschränkenden, auf Ursache und Wirkung bezogenen „Risikofaktorenmodell“ (Hellmeier et al. 1998: 240f), das eine Kausalität zwischen persönlichem Verhalten (Essen, Trinken, Bewegung, etc.) und dem Risiko möglicher gesundheitlicher Folgen beschreibt, Lebens- und lustbejahende Elemente hat. Es geht nicht vom impliziten Ansatz einer ‚Strafe‘ bei gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen aus, sondern konzentriert sich auf die Frage nach gesunden Potenzialen in einer risikoreichen Umgebung, bei einem ausgeprägten persönlichen ‚Risikoprofil‘. Antonovsky interessieren primär die Bedingungen für Gesundheit und damit die Elemente der Gesundheitsförderung und Gesundheitserhaltung. Und dies sind auch die zentralen Fragen der Public Health-Forschung, zumal sich das Salutogenese-Konzept auch in Deutschland immer mehr verbreitet, z. B. in der Gesundheitsförderung, der klinischen Psychologie, der Psychosomatik, etc. Gesundheitsförderung wird darum nicht selten mit Salutogenese gleichgesetzt. Gesundheitsförderung soll salutogenetische Prozesse in sozialen Systemen initiieren und helfen, gesundheitsförderliche Strukturen zu schaffen. Die Aspekte der Salutogenese wie Individuum, soziale Umwelt und Lebens- wie auch Arbeitswelten sind in der Gesundheitsförderung genauso wesentlich (vgl. hierzu Wydler, Kolip, Abel 2000).

Für die Arbeit in einer totalen Institution bietet der Gedanke der Salutogenese eine gute Grundlage, da eben nicht nur nach krank machenden, sondern auch nach gesundheitsfördernden Faktoren gefragt wird. Bei den zahlreichen Risikofaktoren (Rauchen, Ernährung, Bewegung, etc.) und institutionellen Stressoren (Gefangene, Schichtdienst, Hierarchie, Arbeitsklima, etc.) denen die Bediensteten täglich ausgesetzt sind, mag es wundern, dass nicht noch viel mehr von ihnen krank werden. Insofern ist es lohnenswert, die Quellen gesundheitsstabilisierender und gesundheitsfördernder Ressourcen zu suchen. Die Frage dabei ist, bei welchem Personenkreis in der Anstalt (auch vor dem Hintergrund ihrer Arbeitsbereiche) dieses größere Potenzial an Gesundheit und Bewältigungsfähigkeit vorhanden ist. Darüber hinaus ist von Interesse, inwieweit dieses Potenzial in Form von ‚Transfermaßnahmen‘ einem größeren Teil des Personal zugänglich bzw. erfahrbar gemacht werden kann.⁹

⁸ „Direktes Kommunizieren in unserem Sinne ist sicher ein notwendiger Baustein für die Ausbildung von „Kohärenzsinn“, insbesondere für die Fähigkeit, Stimuli (z. B. Arbeitsbedingungen) als strukturiert, vorhersehbar und erklärbar zu erleben.“ (Friczewski 1996: 14).

⁹ Die Ergebnisse der Projektarbeit können auf diese Frage noch keine umfassenden Antworten geben. Um dem Ziel eines gesundheitsfördernden Gefängnisses näher zu kommen, entwickelte sich aus der

3.9 Praxisrelevanz der diskutierten Theorie-Elemente

Die in diesem Kapitel diskutierten Theorien lieferten für die Arbeit in der Projektanstalt wichtige Anhaltspunkte zur Frage nach belastenden und entlastenden Faktoren. Sie dienten einerseits als methodische Orientierung für das Projekt, gingen in die Modifikation des Untersuchungsinstruments ein, waren aber auch eine inhaltliche Basis für Fortbildungen mit dem Gefängnispersonal und bewährten sich weiter bei der Ausweitung der Projektarbeit auf andere Anstalten. Besonders Elemente aus der Kommunikations-, der Rollen- und der Stresstheorie sowie die Prinzipien der Gruppendynamik ließen sich an vielen Stellen in die Arbeit der Abteilung Gesundheitsförderung integrieren. Nach entsprechender Aufbereitung für die überwiegend nicht akademisch vorgebildete Zielgruppe konnten mit ihrer Hilfe komplizierte Sachverhalte verdeutlicht werden. Im Zusammenhang mit dem Komplex Stress und posttraumatische Belastungsstörungen galt das Augenmerk den salutogenetischen Ressourcen, die möglicherweise auch in Gefängnissen zu finden sind. Konkret heißt das, dass die Bediensteten nicht nur nach ihren Beschwerden gefragt werden, sondern auch danach, was ihnen an ihrer Arbeit gefällt und Spaß macht.

Auf die Frage, was sie an diesem scheinbar nicht sehr gesundheitsfördernden Arbeitsplatz gesund halte, nennen die meisten Bediensteten die Arbeitsplatzsicherheit, ein sicheres Einkommen, das im Vergleich mit einer früheren Tätigkeit außerhalb des Strafvollzugs in einem besseren Aufwand-Ertrags-Verhältnis steht und damit Planungssicherheit etwa beim Bau eines Eigenheims gibt. Das heißt, potenzielle gesundheitliche Risiken wurden der wirtschaftlichen Sicherheit untergeordnet oder gar nicht erst wahrgenommen oder bewusst ignoriert (z. B. indem Appelle zu mehr Gesundheitsbewusstsein ins Lächerliche gezogen wurden). Eine ernsthafte Auseinandersetzung mit Risikofaktoren fand häufig erst nach einer längeren Vorlaufzeit und meistens in geschütztem Rahmen (Tagungen oder kollegiale Beratungen) oder aber bei einer akuten Erkrankung statt.

Projektarbeit die Idee, in einer geschlossenen Haftanstalt eine Personalbefragung unter rein salutogenetischen Gesichtspunkten durchzuführen. Die Realisierung dieses Vorhabens ist zur Zeit noch davon abhängig, ob sich das bestehende informelle Forscherteam tatsächlich konstituiert und ein Erhebungsinstrument entwickelt. Daher ist mit der Umsetzung dieser Idee nicht vor 2004 zu rechnen.